Nr. 1 R. 1932 STYCZEŃ — LUTY ROK XXVII

KRONIKA DENTYSTYCZNA

DWUMIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM

Redaktor i wydawca: Lekarz-dentysta **Maurycy Krakowski.**

Rękopisy (wszelkiej treści) winny być pisane wyraźnie (z pozostawieniem marginesu) po jednej stronie półarkusza. Rękopisów redakcja nie zwraca. Koszt klisz i odbitek obciąża honorarjum. O wszelkich zmianach adresów redakcja powinna być powiadamiana zawczasu. Prace, przysłane do redakcji bez odnośnej uwagi co do płatności, uważane są za bezpłatne. Listy do redakcji mogą być drukowane z podaniem obranego przez autora pseudonimu, właściwe jednak nazwisko i adres tegoż muszą być zakomunikowane redakcji.

TREŚĆ ZESZYTU:

WARSZAWA

Redakcja i administracja: Rymarska Nr. 8. Tel. 11-70-26.

CENA ZESZYTU ZŁ. 3.

Konto P. K. O. Nr. 11,361.

DENTORIA

Ses produits pour obturations dentaires





DYPLOM HONOROWY
Wystawa Międzynarodowa z okazji Stulecia Pasteura. Strasburg 1928

DYPLOM HONOROWY
Wystawa Międzynarodowa, Paryż 1925

PORCELANA

PLASTYCZNA

umożliwiająca całkowitą odbudowę zęba



Sześć charakterystycznych cech porcelany plastycznej Dentoria do plombowania zębów:

BARWA NATURALNA, POŁYSK, NIEROZPUSZCZALNOŚĆ TRWAŁOŚĆ, BEZWZGLĘDNIE WOLNA OD ARSZENIKU.

Wyrabiana w następujących barwach:

Nr. 1. Biała
2. Jasno-żółta
3. Żółta
4. Żółto-różowa

Nr. 5. Ciemno-żółta
6. Szaro-żółto-jasna
7. Szaro-żółta
8. Szara

Nr. 9. Szaro-ciemna
10. Brunatna

DENTORIA S.A. 153, rue Armand Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

TÉLÉPHONE: COURBEVOIE N° 100 AD. TÉLÉG.: DENTORIA-COURBEVOIE

R. C. SEINE 87.116

Nr. 1 STYCZEŃ — LUTY 1932 R. ROK XXVII

KRONIKA DENTYSTYCZNA

DWUMIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM

Z Państwowego Instytutu Dentystycznego. Katedra Dentystyki Zachowawczej.
Kier. prof. dr. med. Hilary Wilga.



O zakażeniu ustnem.

LA SEPTICITÉ BUCCALE.

Napisał
Prof. Dr. Med. H. WILGA

(Wykład wygłoszony na uroczystości wręczenia dyplomów absolwentom Państwowego Instytutu Dentystycznego w dniu 8.XII.1931 r.).

Na podstawie prac Tenera, Pollacka, Gałęzowskiego, Holländera, Partscha, Kaczorowskiego, Päslera, Landgrafa i wielu innych uczonych już oddawna ustalono związek pomiędzy chorobami zębów i jamy ustnej a chorobami nosa, gardła, ucha, oczu, krwi, chorobami wewnętrznemi, chirurgicznemi, nerwowemi.

Niektórzy z powyższych autorów, jak: Kaczorowski, Päsler, Landgarf, Herzenknecht i inni, stwierdzają przytem, że ropne sprawy przyszczytowych okolic zębów i jamy ustnej wywołują posocznicę kryptogenetyczną, zapalenie wyrostka robaczkowego, reumatyzm, zapalenie nerwu ocznego, ropowicę oczodołu i inne schorzenia.

Osobiście miałem możność obserwować, jako wynik ropnych procesów, rozwijających się wokoło zębów, różne schorzenia ustroju o charakterze septycznym. W liczbie tych schorzeń było 18 przypadków posocznicy o ciężkim przebiegu, 8 przypadków chorób oczu, jak zapalenie spojówek, osłabienie wzroku i inne, oraz 5 przypadków chorób przewodu pokarmowego o przebiegu gorączkowym i wreszcie 3 przypadki zaburzeń nerwowych z ogólnem upośledzonem odżywianiem.

Po usunięciu zębów, wokoło których istniały sprawy ropne i po wykonaniu tuż odpowiednich zabiegów chirurgicznych, wszystkie choroby, uprzednio bezskutecznie leczone, ustąpiły dość prędko.

Miller już w 1890 r. opublikował 163 przypadki ropnicy pochodzenia zębowego, z nich 64 o zejściu śmiertelnem.

Z powyższego więc widzimy, że na podstawie obserwacyj klinicznych już dawniej powszechnie znany był pogląd, iż procesy różne, istniejące w jamie ustnej, mogą być przyczyną rozmaitych chorób ustroju o charakterze septycznym. Pogląd ten uzasadniony był tym faktem, że różne choroby w tych wy-

padkach najczęściej ustępowały po usunięciu ognisk zakaźnych w jamie ustnej, jak chore zęby i chore migdałki.

Nie zważając jednak na pomyślne praktyczne wyniki tych obserwacyj, badanie zębów i jamy ustnej w owych czasach w przebiegu chorób o niejasnej etjologji nie miało szerokiego zastosowania. Tłumaczy się to zapewne tem, że brakowało tu jeszcze badań laboratoryjnych i bakterjologicznych oraz doświadczeń nad zwierzętami. Bodźcem do tego rodzaju badań była dopiero praca Huntera z Kanady, ogłoszona drukiem w r. 1911 w „Lancet", czasopiśmie lekarskiem w Londynie. Praca ta wkrótce ukazała się na łamach wielu czasopism amerykańskich w postaci streszczeń, a potem i w oryginale. Hunter na mocy dziesięcioletnich badań klinicznych przechodzi do przekonania, że zakażenie septyczne posiada nadzwyczaj ważne znaczenie w medycynie wewnętrznej, stanowi bowiem przyczynę i powoduje powikłanie wielu chorób wewnętrznych, główne zaś źródło tego zakażenia stanowi jama ustna. Zlikwidowanie ogniska zakaźnego w jamie ustnej wyraźnie pomyślnie wpływa na przebieg, charakter, nasilenie i stopniowe ustąpienie objawów chorobowych zakażenia septycznego.

Zjawisko powyższe stanowi więc dowód istnienia związku przyczynowego pomiędzy ogniskiem zakaźnem w jamie ustnej a zakażeniem septycznem.

Do objawów chorobowych zakażenia septycznego należą: ogólne niedomaganie, chorobliwa cera, zaburzenia trawienia, niedokrewność, zapalenie nerek, zapalenie migdałków, gardła, reumatyzm, niewyraźne gorączki posocznicze, wrzodziejące zapalenie wsierdzia i inne.

Zdaniem Huntera, jama ustna i jama nosowo-gardzielowa są głównemi wrotami wejścia zakażenia septycznego (infekcji); po za niemi inne wrota nie odgrywają wielkiej roli.

Omawiane wyżej choroby spotykał Hunter u ludzi biednych, którzy nie dbają o swoje zęby; stwierdzono u nich często obecność korzeni zębowych z ropnemi przewlekłemi sprawami ozębnej i ropiejącem dziąsłem. Na takich korzeniach często osadzone są dostawki płytkowe. Hunter także spotykał często w Ameryce te same schorzenia i u ludzi zamożnych, u których złote plomby, złote korony, mostki, dostawki płytkowe osadzone były na chorych zębach i septycznych korzeniach. Tego rodzaju, tak zwane „pierwszorzędne wykonanie amerykańskie", jak się ironicznie wyraża autor, wywołują przewlekłe ropne zapalenie ozębnej z gronkowcami i paciorkowcami, które posuwa się dalej i atakuje kość zębodołu. Procesy ropne tego rodzaju tem są zgubniejsze, że przechodzą bez bólu i nie zwracają na siebie uwagi chorego, a, rozwijając się wciąż w dalszym ciągu, powodują powstawanie wyżej wymienionych objawów chorobowych zakażenia septycznego.

Praca Huntera wywołała nadzwyczajne wrażenie w amerykańskim świecie dentystycznym, silnie dotkniętym zarzutami w niej zawartemi, oraz w świecie lekarskim, który zwrócił uwagę na wielką działalność sprawy, poruszonej przez Huntera, mało dotychczas docenianej. Pod wpływem tej pracy w ciągu następnych 10 — 12 lat szereg amerykańskich uczonych prowadził na szeroką skalę badania kliniczne i laboratoryjne nad zagdnieniem ogniskowego zakażenia, jako pojęcia ogólnego, obejmującego pojęcie o zakażeniu ustnem. Prace te w zupełności stwierdziły związek przyczynowy pomiędzy ogniskiem zakaźnem w jamie ustnej a zakażeniem septycznem o rozmaitych objawach chorobowych.

W tym czasie celem wykazania w jamie ustnej ognisk zakaźnych, przeprowadzone zostały liczne badania rentgenologiczne i bakterjologiczne wszelkich procesów ropnych okołozębowych: ziarniniaków korzeniowych, ropocieku zębodołowego i t. d. Również były wykonane badania zębów leczonych, pozbawionych miazgi; poddano więc w ten sposób rewizji istniejące sposoby leczenia zębów.

Przytoczę tu wyniki badań niektórych tylko najbardziej znanych amerykańskich uczonych, które w dostatecznym stopniu scharakteryzują istotne znaczenie wyników tego rodzaju badań.

Tak, bakterjolog Rosenow na mocy swoich badań, przeprowadzonych w klinice chirurgicznej braci Mayo w Rochester (Ameryka), wykazał zdolność wybiórczego umiejscowienia się drobnoustrojów. Dzięki tej właściwości drobnoustroje o nieznacznej jadowitości, znajdujące się w ognisku zakaźnem ustroju, np. w ziarniniaku okołowierzchołkowym zęba, przenoszą się drogą krwiobiegu do tej tkanki, do której mają one pewne powinowctwo, umiejscowiają się tam i wywołują rozmaite zmiany chorobowe bez posocznicy. To samo wykazały kliniczne i bakterjologiczne badania Bilingsa, Duke'a i innych klinicystów, o których mówimy niżej.

Między ogniskiem pierwotnem np. ziarniniakiem zębowym, a miejscem, gdzie nastąpiło zakażenie, mogą po drodze znajdować się ogniska wtórne, z których dopiero pośrednio następuje zakażenie; może się to stać i wtedy, kiedy już pierwotne ognisko zakaźne było usunięte. W innych zaś razach owe wtórne ogniska mogą podtrzymywać stan zakażenia nawet i po usunięciu ogniska pierwotnego.

Jako dowód zdolności wybiórczego umiejscowienia pewnych drobnoustrojów, mogą służyć chociażby następujące doświadczenia Rosenowa:

a) drobnoustroje, wyhodowane z ziarniniaków zębowych człowieka, cierpiącego na zapalenie woreczka żółciowego, wstrzyknięte zwierzęciu, wywołują u niego również zapalenie woreczka żółciowego bez posocznicy,

b) następnie drobnoustroje, wzięte z migdałków człowieka, chorego na zapalenie wyrostka robaczkowego, wstrzyknięte zwierzęciu, spowodowały u niego zapalenie również wyrostka robaczkowego.

Z nowszych doświadczeń Rosenowa zasługują na uwagę następujące:

Dla doświadczeń wzięto 18 zdrowych psów, które podzielone były na 5 grup. Wszystkim psom w narkozie i z zachowaniem ścisłej aseptyki usunięto z dolnych kłów miazgę, przewody zaś wypełniono:

I-ej grupie psów materpjałem zakaźnym, zawierającym paciorkowce zieleniejące, wyhodowane z ziarniniaków, stwierdzonych rentgenologicznie wokoło wierzchołków 2-ch zębów osobnika, chorego dłuższy czas na kolkę nerkową; chory był już przedtem operowany, przyczem z miedniczek wyjęto kamyki znacznej wielkości;

II-ej grupie psów przewody zębowe wypełniono materjałem, zawierającym paciorkowce z moczu osobnika, chorego na kamicę nerkową;

III-ej grupie wprowadzone były do przewodów gronkowce, wyhodowane z migdałków chorego z silnem zakażeniem nerek;

IV-ej grupie dla kontroli przewody zębowe wypełnione materjałem, zawierającym paciorkowce, otrzymane od chorego na zapalenie stawów; wreszcie zęby

V-ej grupy psów po usunięciu miazgi zamknięto bez wypełnienia dla obserwacyj kontrolnych.

Okazało się przy sprawdzeniu, że u wszystkich psów, których zęby zakażone były drobnoustrojami, stwierdzono w nerkach zmiany podobne do nephritis interstitialis acuta przy chorobach zakaźnych.

U 5-ciu psów, u których wypełnienie zębów zawierało paciorkowce, znalezione były kamyki nerkowe.

Można było wyhodować paciorkowce z nerek psów, niekiedy z kamyków i zębów; tudzież i gronkowce.

U psów IV-ej grupy, zakażonych paciorkowcami z zapalenia stawów, oraz u psów kontrolnych V-ej grupy, kamyków nie znaleziono, nie znaleziono ich także u 500 psów, użytych do innych doświadczeń.

Przytoczone wyniki badań Rosenowa mają ogromne znaczenie; stanowią one główną podstawę teorji ogniskowego zakażenia, pojęcia ogólnego, obejmującego również pojęcie o zakażeniu ustnem.

Dla uzasadnienia omawianej teorji służą także wyniki innych badań Rosenowa, dzięki którym wykazał on zmienność drobnoustrojów, należących do grupy paciorkowców i dwoinek zapalenia płuc (streptococcus et pneumococcus). Zmieniając pożywki i zawartość tlenu, przeprowadzał on te drobnoustroje jedne w drugie.

Badania nad zmiennością paciorkowców przeprowadzili także Kuczyński, Schnitzer i Munter. Wyniki ich badań zgodne są mniej więcej z sobą i badaniami Rosenowa, potwierdzają pogląd, wypowiedziany niegdyś przez Pastera, że można zmienić doświadczalnie jadowitość drobnoustrojów.

Poza Rosenowem wybitne miejsce w sprawie badań nad zagadnieniem o zakażeniu ustnem zajmują prace słynnych internistów: Billingsa (Chicago) i Duke'a (Canada City) oraz innych autorów. Na mocy swoich badań klinicznych i bakterjologicznych dochodzą oni ostatecznie do wyników, zgodnych z wynikami Rosenowa.

Badania Billingsa szczególnie dotyczą stawów i obejmują 577 przypadków. Na mocy tych badań sądzi on, że przewlekłe zniekształcające zapalenie stawów jest chorobą o charakterze zakaźnym. Choroba ta powstaje dzięki istnieniu ogniska lub ognisk zakaźnych, z których na pierwszem miejscu stoją migdałki (w 336 przypadkach), a na drugiem — zęby w 136 przypadkach.

Duke przeprowadził badania nad zakażeniem ustnem; wyniki tych badań naogół zgodne są z wynikami Billingsa. Duke uważa, że obok badania klinicznego i laboratoryjnego niezbędne jest dla wykrycia pierwotnego ogniska zakaźnego w jamie ustnej dokładne badanie rentgenograficzne u każdego chorego wszystkich zębów i tkanek, ich otaczających.

Dr. Allerhand w pracy swojej „O zakażeniu ustnem i środkach zaradczych" przytacza następujące *zestawienie schorzeń, najczęściej będących wynikiem zakażenia ustnego:*

1. Niedokrewność wtórna (anemia secundaria).
2. Białaczka (leucemia).
3. Choroba Hadkina (Pseudoleucemia).
4. Zapalenie mięśnia sercowego (myocarditis).
5. Zapalenie wsierdzia (endocarditis lenta).
6. Stwardnienie tętnic (arteriosclerosis).
7. Zapalenie gruczołu tarczowego (thyreoiditis).

8. Zapalenie nerek kłębuszkowe (glomerulonephritis).
9. Zapalenie nerek kanalikowe (tubulonephritis).
10. Wrzód dwunastnicy (ulcus duodenale).
11. Zapalenie woreczka żółciowego (colecystitis).
12. Wrzód żołądka (ulcus ventriculi).
13. Nerwoból (neralgia).
14. Półpasiec (herpes zoster).
15. Rumień guzowaty (erythema nodosum).
16. Liszajec opryszczkowy (impetigo herpetiformis).
17. Zapalenie rogówki oka (keratitis).
18. Zapalenie tęczówki oka (iritis).
19. Zapalenie ciałka rzęskowego (cyclitis).
20. Zapalenie stawów (arthriris).
21. Dna (diathesis uratica).
22. Gościec mięśniowy (myositis).

Z chwilą opublikowania wyników badań o zakażeniu ustnem amerykańskie rzesze dentystyczne stały przed pytaniem: czy leczenie zębów z zapaleniem miazgi, a szczególnie zębów w stanie zgorzeli, daje takie dodatnie wyniki, że niema obawy, iż ząb leczony stanie się ogniskiem zakaźnem w jamie ustnej?

Otóż doświadczenia kliniczne i badania dawniejszych uczonych wykazują, że leczenie nawet zapalenia miazgi nie zawsze daje dobre wyniki, leczenie zaś zębów z miazgą zgorzelinową nastręcza tak wielkie trudności wobec anatomicznych właściwości przewodów korzeniowych, że rezultaty leczenia często bywają wątpliwe i po pewnym czasie wykazują drobnoustroje w przewodach.

W każdym razie leczenie zębów z zapaleniem miazgi i miazgą nekrotyczną dla osiągnięcia dodatnich rezultatów wymaga ze strony lekarza oprócz wiedzy i doświadczenia jeszcze sumiennego i dokładnego wykonania oraz przestrzegania aseptyki i wielkiego nakładu pracy.

Wobec tych trudności większość amerykańskich lekarzy-dentystów uznało za właściwe usuwanie wszystkich zębów z zapaleniem miazgi i zębów z miazgą zgorzelinową zamiast ich leczenia.

Ten skrajny i bardzo radykalny kierunek, nie mający podstaw naukowych, spotkał się z ostrą krytyką świata lekarskiego, szczególnie w Niemczech, oraz umiarkowanej i poważnej części lekarzy amerykańskich, wśród których spotykami Hartzella, Rheina, Blacka jun., Ottolengui, Brophy i wielu innych.

Podjęto szereg prac eksperymentalnych i badań klinicznych, w celu skierowania myśli lekarsko-dentystycznej na właściwe tory.

Wśród wymienionych wyżej wybitnych stomatologów amerykańskich badania Hartzella, podjęte w tym celu, szczególnie zasługują na uwagę.

Hartzell wykonał 3 serje badań.

W pierwszej serji badał on zęby chorych, a mianowicie, zbadane było 162 zęby z ziarniniakami w okolicach przyszczytowych; zęby te wyjęto u chorych na arthritis, myocarditis i inne choroby. Okazało się, że 150 zębów z liczby tej zawierały drobnoustroje chorobotwórcze. Oprócz tego, zbadano było 220 zębów, usuniętych u chorych na zapalenie stawów.

We wszystkich zębach stwierdzono obecność drobnoustrojów, przeważnie paciorkowce zieleniejące. Wyosobnione drobnoustroje, wstrzyknięte zwierzętom, wywołały schorzenia, podobne do tych, jakie istniały u ludzi, od których wzięte były zęby.

W drugij serji Hartzell wspólnie z Henricim przeprowadzili badania żywej miazgi zębów z próchnicą oraz zębów przy ropocieku zębodołowym u ludzi zdrowych. W wyniku tych badań znaleziono drobnoustroje w żywej miazdze w 42% zębów z próchnicą i w 46% zębów przy ropocieku zębodołowym drobnoustroje, przeważnie w postaci paciorkowca zieleniejącego.

W trzeciej serji Hartzell wykonał u ludzi zdrowych badania odpowiedniej liczby zębów przedtem leczonych i pozbawionych miazgi; okazało się przytem, że przewody tych zębów były przeważnie jałowe.

Zjawisko powyższe skłoniło Hartzella stanowczo i energicznie wystąpić przeciw masowemu bezkrytycznemu usuwaniu zębów bezmiazgowych, które, będąc wbrew twierdzeniu niektórych uczonych zębami żywemi, w stanie jałowym żadnego niebezpieczeństwa organizmowi nie przyczyniają.

Pogląd ten podziela szereg wybitnych amerykańskich stomatologów.

Hartzell zkłonny jest do usunięcia zębów bezmiazgowych tylko w tym wypadku, kiedy, po wykluczeniu wszystkich innych źródeł zakażenia, chory znajduje się w bardzo ciężkim stanie, a badanie krwi wykazało obecność leukocytozy (powiększenie liczby białych ciałek krwi) z wtórną niedokrewnością, szczególnie zaś wtedy, gdy mamy do czynienia z leukopenją, czyli znacznem zmniejszeniem liczby białych ciałek krwi, połączoną z limfotycozą—przewagą limfocytów.

Hartzell zgodnie z wynikami badań Dalanda uważa za bardzo ważne przeprowadzenie badań krwi przy zakażeniu septycznem obok badań klinicznych, laboratoryjnych i rentgenologicznych.

Z powyższego wynika, co następuje:

1. Septyczne procesy, rozwijające się w zębach oraz w tkankach okołozębowych i jamie ustnej, zagrażają zdrowiu, a w niektórych razach i życiu człowieka.

2. Rosenow, Billings, Ducke i inni wykazali zdolność wybiórczego umiejscowienia drobnoustrojów. Dzięki tej właściwości drobnoustroje, jak streptococcus viridans i inne, znajdują się w ognisku zakaźnem jamy ustnej nap. w ziarniniaku okołowierzchołkowym zęba, w kieszonce dziąsłowej przy ropocieku zębodołowym i t. p., przenoszą się drogą krwiobiegu do tej tkanki, do której mają one pewne powinowactwo, nap. do wsierdzia, wyrostka robaczkowego, stawów i innych, umiejscowiają się tam i wywołują rozmaite zmiany chorobobowe bez posocznicy.

3. Przy chorobach o nieznanej etjologji i chorobach wewnętrznych, szczególnie o charakterze septycznym, niezbędne jest stosować obok ogólnych laboratoryjnych i klinicznych badań jeszcze dokładne rentgenologiczne i kliniczne badania zębów każdego chorego.

4. Wskazane jest w tych razach współpraca internisty ze stomatologiem.

5. Należy zwęzić wskazania zachowawczego leczenia zębów, wykluczając stąd wszystkie te przypadki, gdzie rokowanie jest wątpliwe, ważniejsze bowiem jest zachowanie zdrowia człowieka, niż zęba.

6. Należy odpowiednio rozszerzyć wskazania do usunięcia zębów oraz rozszerzyć chirurgiczną interwencję przy usuwaniu zębów, przy których są już zmiany tkanki kostnej.

7. Konieczne jest przystosowanie protetyki dentystycznej do wymagań higjeny i patologji dentystycznej.

8. Higjena jamy ustnej, profilaktyka dentystyczna i racjonalne zorganizowanie leczenia zębów, zaczynając od lat dziecięcych, jest bardzo ważnym czynnikiem zapobiegawczym przeciw powstawaniu wielu poważnych chorób ogólnych.

PIŚMIENNICTWO.

1. Dr. Allerhand. O zakażeniu ustnem (Oral sepsis) i środkach zaradczych. Polska Stomatologja 1923 r.

2. Docent Dr. med. H. Wilga. Swiaź mieżdu odotołogjej i drugimi otraślami miediciny. Trudy Mosk. Odontołogiczeskago Obszczestwa 1913 r.

3. Prof. dr. H. Wilga. Septicimia i drugija zabolewania organizma zubnago proischożdienia. Trudy Mosk. Odontołogiczeskago Obszczestwa 1917 r.

4. Dr. med. H. Osten-Sacken. Klinische Beobachtungen u. Bakterjologische Untersuchungen über Herdinfection. „Virtj. f. Zahneilk. 1931 r.

5. N. Feuer. Podręcznik Jul. Scheff Jun.

6. Prof. Gałęzowski. Sur les affections oculodentaires. Journ. d'Ophth. (cyt. z Podręczn. J. Scheffa).

7. H. D. Miller. Die Mikroorganismen der Mündhöhle. 1892 r.

8. Misch. Lehrbuch der Grenzgebiete der Med. u. Zahnheilk. 1921 r.

9. Dr. Kaczorowski. „Przegląd Lek." 1884 r.

10. Dr. Hunter. „Lancet" 1911 r.

11. Rosenow E. O. „Dent. Rev." 1912 r.

12. Rosenow. „Dent. Cosm." 1917 r.

RESUMÉ.

1. Les procès septics qui ont lieu dans les dents et les tissus environnants deviennent souvent dengereux pour la santé et même la vie de l'homme.

2. Rosenow, Billings, Ducke et d'autres démontrèrent la capabilite du plocement electif des bacils. Grâce a cette particuliatité, les bacils comme streptococcus viridans et d'autres qui se trouvent dans le foyer d'infection de la bouche, par ex. dans le granulome periapical, dans la poche gingivale pendant la pyorrhée alvéolaire etc. sont transportées par les voies sanguinaires aux tissus auquels ils sont affinis, comme à indocardite, à l'appendicite, aux articulations etc., s'y placent et causent des proces maladifs sans sepsis.

3. Dans las maladies dont l'etiologie est inconnue et dans les maladies internes, particulièrement celles qui ont le caractère septic il est indispensable d'appliquer outre l'examination laboratorique et clinicale générale, l'examination roengenologique et clinicale des dents de chaque malade.

4. La collaboration dans ces cas là de l'interniste et du stomatologue est très indiquée.

5. Il est indiqué de diminuer les indications des traitements conservatifs des dents, en excluant tous les cas ou la prognose n'est pas sûre. Il est de plus grande importance de sauver la santé de l'homme que de guéris ses dents.

6. Il est indispensable d'élargir les indications de l'extraction des dents et d'élargir l'intervention chirurgicale pendant l'extraction dans tous les cas ou nous des changements dans l'os de la mâchoire.

7. Il est indispensable l'application de la prothètique dentaire aux exigeances de l'hygiène et de la patologie des dents.

8. L'hygiène de la bouche la prophylaxie dentistique et l'organisation rationale du traitement des dents dès l'enfance, est un agent important contre les maladies en général.

Dział streszczeń.

DWA PRZYPADKI ZGORZELI PŁUC POCHODZENIA USTNEGO. Prof. Bezançon. Nord-Dentaire nr. 10 — lipiec — 1929).

Przypadki te zasługują na naszą uwagę, gdyż są następstwem spraw chorobowych toczących się pierwotnie w jamie ustnej lub gardle; jeden z nich jest komplikacją uszkodzenia górnej szczęki. Ogłoszono też wiele przypadków zgorzeli płucnej, pozostających w związku przyczynowym ze schorzeniami zębowemi. Wszystkie te przypadki charakteryzują się wydzielinami o odrażającej woni, obserwowanemi u chorych i niezmiernie przytem obfitemi, bo objętości 200 do 300 cm^3. W plwocinach tych bywa mało lub brak leukocytów i zamiast jednego rodzaju drobnoustrojów znaleźć w nich można 20, 30, 40 gatunków; oto charakterystyczne cechy procesów ropnych zgorzelinowych. Ażeby zapobiec tym komplikacjom, należy przedewszystkiem unikać znieczulania ogólnego przy zabiegach w obrębie jamy ustnej i gardła oraz operować w siedzącej pozycji chorego, by go uchronić od odpływu krwi do tchawicy. Leczenie tych spraw często nie daje pożądanych rezultatów i nie posiadamy w obecnej chwili żadnego niezawodnego środka w terapji zgorzeli płucnej.

H. Winograd.

OBJAWY TOWARZYSZĄCE PIERWSZEMU ZĄBKOWANIU. Dr. Giertmühlen. Archiv f. Kinderheilkunde t. 90, z. 3, r. 1930, Prz. L. 7. 1930.

Dawne szkoły lekarskie łączyły 1-sze ząbkowanie ze wszelkiemi możliwemi schorzeniami wieku dziecięcego, obecnie — uważają, że niema żadnej współzależności między ząbkowaniem a zaburzeniami chorobowemi. Od pewnego czasu w piśmiennictwie pedjatrycznem są notowane spostrzeżenia, dowodzące, że wprawdzie w dużej ilości przypadków ząbkowanie przebiega bez powikłań, jednak u niektórych dzieci dają się stwierdzić pewne objawy patologiczne.

Apert i Marfan byli pierwszymi, którzy wykazali, że przy pierwszem ząbkowaniu może powstać niepokój, bezsenność, surowiczy wyciek z nosa, znikający po wyjściu koron, a zjawiający się przy następnem ich wyrzynaniu, wymioty acetonemiczne, biegunki, wzniesienie się nieznaczne ciepłoty.

Autor w czasie długoletniej pracy w klinice raz jeden zaledwie stwierdził zależność między ząbkowaniem a schorzeniem. Mianowicie, spostrzegł, że przy każdem wyrzynaniu się koron zjawiała się świerzbiączka (strophulus). Dopiero praca w zakładach wychowawczych dla niemowląt przekonała go, że istnieje łączność między pierwszem ząbkowaniem a pewnemi niedomaganiami. Zaburzenia te są naogół niezbyt poważne i dlatego tak rzadko dają się wykazać w pracy klinicznej. Z objawów patologicznych, towarzyszących pierwszemu ząbkowaniu, autor spostrzegł: 1) zapalenie jamy ustnej szczególniej często występujące przy wyrzynaniu się kłów i trzonowców, 2) zjawianie się świerz-

biączki (strophulus), 3) objawy pobudzenia systemu nerwowego. Tężyczka ukryta przechodziła w jawną. Czasem zjawiało się moczenie nocne u dzieci, które już osiągnęły zdolność panowania nad zwieraczem pęcherza, 4) wolne stolce, nie wymagające leczenia, a które zjawiały się dwa dni przed wyrzynaniem i trwały 1 dzień po pokazaniu się koron, 5) przyśpieszenie rozwoju zapalenia płuc. Związku między ząbkowaniem a podwyższoną ciepłotą autor w czasie swych obserwacyj nie znalazł. Gorączka występowała czasem jako objaw wtórny przy zapaleniu jamy ustnej.

STERYLIZACJA PRZEDOPERACYJNA JAMY USTNEJ ZWŁASZCZA PRZED MIEJSCOWEM ZNIECZULENIEM. Miller i Appleton. Dental Cosmos I. 1931 r.; La Semaine Dentaire, 9. 1931 r.

Autorzy poczynili szereg doświadczeń celem wykazania, jakie są najlepsze antyseptyki dla sterylizacji śluzówki jamy ustnej. Do środków tych należy 2% sól chromowo-rtęciowa w roztworze acetonu, alkoholu i wody. Jodyna jest zbyt drażniąca dla tkanek, natomiast autorzy zalecają: 1 część jodyny + ½ części acetiny + ½ części gliceryny, — środek niedrażniący i skuteczny, bądź też 1,25% jodu + 70% alkoholu. *H. W.*

ZĘBY JAKO FILARY STAŁYCH DOSTAWEK. (Dyskusja w Kole Naukowem w Brukseli, posiedzenie z dn. 13 listopada 1928; La Province Dentaire Nr. 4, lipiec-sierpień 1929).

Dyskusję na powyższy temat wywołało pytanie zadane przez d-ra Watry i brzmiące: „Jaki jest z punktu widzenia biologicznego los zębów będących filarami stałych dostawek lub nawet wprost pokrytych koronami, jeśli warunki technicznego wykonania przyjąć za idealne?". W ciągu dyskusji uwzględniono kolejno przypadki zębów żywych oraz zębów pokrytych koronami po uprzedniej dewitalizacji. Rezultaty licznych obserwacyj pozwoliły wysnuć wniosek, że zęby z żywą miazgą zdają się okazywać większą odporność, dzięki właśnie swej zachowanej żywotności, i przedstawiają przy badaniu po wielu latach miazgę całkowicie zwapnioną bez żadnych komplikacyj; ponadto zębina ich nie wykazuje żadnego ogniska odwapnienia, w przeciwieństwie do zębów uprzednio zdewitalizowanych, które posiadają zębinę w różnych punktach odwapnioną i niekiedy już pod wpływem grypy lub w razie pewnych djatez podlegają recydywom. *H. Winograd.*

PRZYPADEK PIERWOTNEGO OWRZODZENIA PRZYMIOTOWEGO NA WARDZE DOLNEJ U DZIECKA 10-CIO MIESIĘCZNEGO.

Jest ono pierwszem dzieckiem; urodziło się zdrowe; matka nie roniła. Przed 5 tygodniami ukazały się krostki na wardze dolnej. Stosowane maście nie pomagały; matka zwróciła się o pomoc do szpitala.

Na wardze dolnej owrzodzenie, prawie ⅔ wargi pokryte nalotem ropnym, łatwo ścierającym się, o brzegach wystających, niepodminowanych, twardych; gruczoły podszczękowe znacznie powiększone, twarde, szyjowe i tylne powiększone. Na uwłosionej skórze głowy kilka grudek, pokrytych strupem; na wewnętrznej powierzchni ud, mosznie, u otworu stolcowego wykwity o charakterze grudek płaskich, okrągłych, wielkości grochu, barwy miedziano-czerwonej; powierzchnia grudek wilgotna. W narządach wewnętrznych bez zmian. Cechy owrzodzenia i sąsiednich gruczołów, jednoczesność wykwitów o cha-

rakterze grudek i lepieży — przemawiają za przymiotem. Odczyn Wass. wybitnie dodatni. Za źródło zakażenia matka uważa chorobę siostry i szwagra, którzy dziecko całowali, karmili w czasie czynnego syfilisu z objawami. Przypadek zasługuje na uwagę, jako przykład *pozapłciowego* zakażenia. (Dr. Cytrynik. Kwart. Kliniczny, paźdz.-grudzień 1930 r., t. IX, zesz. IV).

Odgłosy.

I.

Handlarki wędrowne — firmantki wędrowne.

Omówiwszy obszernie najnowszy typ firmantki techników dentystycznych (p. Kronika Dentystyczna 9 — 10 r. 1931), nie przewidywaliśmy, iż znajdzie się świeży gatunek tego rodzaju „opiekunki" partactwa. Poniżej podajemy dwa fakty, opisane przez solidne koleżanki, stwierdzające dobitnie, iż cuchnące bagienko nie wysycha; wyziewy trwają... Jak długo jeszcze?

Red.

Często czytam w „Kronice Dentystycznej" o spółkach techników z firmantkami i mam obowiązek również zakomunikować o uprawianiu partactwa w Powiecie Słupeckim.

W miasteczkach: Pyzdry, Golina, Zagórów i po większych wsiach pow. Słupeckiego uprawia praktykę lekarsko-dentystyczną osobnik nieznanego nazwiska, przyjmując pacjentów w karczmie, w sklepiku wiejskim kolonjalnym, lub też w mieszkaniu wieśniaka, w zależności od tego, kto w danej miejscowości był lepszym dla reklamy: karczmarz, sklepikarz, czy wieśniak. Jak się poinformowałam z miarodajnych źródeł, owym osobnikiem jest fryzjer Arbuz z Pyzdr (pow. Slupecki), który uprawia fryzjerstwo tylko w sezonie, t. j. przed świętami, a resztę czasu poświęca rozwojowi partactwa dentystycznego.

Rozpanoszenie się partactwa w tutejszym powiecie zmusiło mnie kilkakrotnie zwrócić się do władzy. I rzeczywiście, niektóre miejscowości dzięki mojej interwencji zostały oczyszczone z partactwa, ale tylko czasowo.

Pan Arbuz wpadł na nowy pomysł; sprowadził sobie lekarza-dentystę i na nowo „zalegalizował" swoje „filje"; w ten sposób sprowadził również technika; partactwo uprawniło się więc przed władzą.

Po pewnym czasie dowiedziałam się, że Arbuz pracuje samodzielnie bez firmantki, która zniknęła z horyzontu Pyzdr, zostawiła jednak swój dyplom u lekarza powiatowego i również szyld na bramie domu.

Zwróciłam się do posterunku P. Policji w Pyzdrach, aby powyższe potwierdził. Otóż kopja wywiadu policyjnego:

„W dniu 4.II.1931 r. ja, posterunkowy Państwowej Policji, Czyż Franciszek, ustaliłem, że lekarz-dentysta w Pyzdrach nazywa się Edna Blauzeit, zamieszkała u Arbuza Mendla przy ulicy Kaliskiej w Pyzdrach, jako technik u tejże — Bernard Pomper, zamieszkały pod tym samym adresem.

Adresu w Warszawie nie ustalono, gdyż wyjechała z Pyzdr i nie można było w tej kwestji od nikogo zasięgnąć informacji".

Podp. posterunkowy **Franciszek Czyż.**

W ten sposób pracował Arbuz, t. zn. bez firmantki, nawet w Kasie Chorych w Pyzdrach od czasu jej otwarcia!!!

W końcu listopada 1931 roku, chcąc zająć nową placówkę dla swego przedsiębiorstwa, Arbuz sprowadził nową firmantkę M. Arciszewską (ukończyła P. I. D. w Warszawie w 1924 r.), która odnowiła partactwo i przysłużyła się Arbuzowi do zajęcia Kasy Chorych w Zagórowie.

Spółka akcyjna w osobach p. Arbuza i jego firmantki przyjeżdża do Kasy Chorych w całym komplecie i tam w ambulatorjum K. Ch. w Zagórowie przyjmuje prywatnych pacjentów (na bramie domu K. Ch. wisi szyld: „M. Arciszewska, lekarz-dentysta, przyjmuje w poniedziałki, środy i piątki").

Z powyższego wynika, że p. Arbuz kombinuje spółkę dla dobra swego przedsiębiorstwa: sprowadza firmantkę na miesiąc lub dwa, rejestruje dyplom u lekarza powiatowego, i rola firmantki skończona, a całą pracę lekarsko-dentystyczną wykonywa sam partacz Arbuz.

* * *

Zwróciłam się do Komisarza Kasy Chorych w Kaliszu (pow. Słupecki należy do Kalisza), p. Buczkowskiego, któremu wyjaśniłam:

że przedsiębiorca Arbuz sprowadził jedynie firmantkę, aby objąć Kasę Chorych w Zagórowie, powołując się na K. Ch. w Pyzdrach, gdzie Arbuz wykonywa pracę lekarsko-dentystyczną;

że lekarz-dentysta M. Arciszewska jest tylko narzędziem w rękach partacza, który ma możną protekcję;

że przyjmują prywatnych pacjentów w ambulatorjum K. Ch. w Zagórowie od godz. 11-ej do godz. 6-ej wieczorem zamiast jednej godziny: od 11-ej do 12-ej rano;

że Arbuz, fryzjer, usuwa zęby ubezpieczonym, jak: 1) Kominkiewicz Adeli — dolny lewy bicus II — zamieszkałej w Zagórowie, 2) Wrocławskiej Bercie i innym, oraz leczy, a firmantka M. Arciszewska zajmuje się przeważnie leczeniem i nigdy nie przyjeżdża bez swego chlebodawcy lub brata jego (fryzjera), którzy ją zastępują w zupełności w razie wyjazdu;

że przedsiębiorstwo jest bogate i wstawia do każdego ambulatorjum K. Ch., które obejmują, krzesło dentystyczne, maszynę, szafkę oraz instrumenty, na co żaden lekarz-dentysta pozwolić sobie nie może, wreszcie,

że p. komisarz Buczkowski, jako Komisarz K. Ch., powinien wystąpić w obronie prawa w walce z partactwem, a nie protegować przedsiębiorstwa fryzjera Arbuza, gdyż Kasa Chorych w Zagórowie przyjmuje wygląd K. Ch. w Pyzdrach, Golinie, Śleszynie i t. d., czyli rola firmantki skończy się, a głównym partaczem był i będzie Arbuz.

Widząc, że słowa moje mało przemawiają do przekonania p. Komisarza K. Ch. w Kaliszu, powołałam się na urzędnika (sekwestrator) Urzędu Skarb., który poinformował mnie na początku 1931 r., iż to przedsiębiorstwo nie jest odpowiedzialne przed władzą skarbową i zrzeka się płacenia wszelkich podatków skarbowych, motywując, że niema właścicielki gabinetu lek.-dent. w Golinie, Pyzdrach, a niewiadomo kiedy przyjedzie. A więc K. Ch. bierze pod swe skrzydła opiekuńcze partaczy, zwalniając ich od obowiązków względem Państwa, gdyż w Zagórowie pracują tylko w K. Ch., przyjmując prywatnych pacjentów, zaś dla władzy skarbowej nie istnieją.

Komisarz K. Ch. w Kaliszu wysłuchał mnie z wielkiem zainteresowaniem i uwagą; odpowiedział mi grzecznie i spokojnie, że wie o tem wszystkiem i zezwala na reklamowanie i przyjmowanie prywatnych pacjentów w Kasach Chorych pow. Słupce, bo inaczej nie opłaciłoby się im dojeżdżać z Pyzdr do Zagórowa i t. d.

— „Tak się stało i inaczej być nie może“.

* * *

Dnia 25.II.1932 r. zebrałam następujące informacje u lekarza powiatowego w Słupcy i wynotowałam sobie niektóre dane z dyplomu (odpisu) firmantki w Zagórowie i w Pyzdrach, między innemi: nazwisko firmantki Ejdus-Arciszewska (z męża), mężatka, ukończyła P. I. D. w Warszawie z dnia 7 marca 1924 r. za Nr. L. 616. W Pyzdrach jest od maja 1931 r. Dyplom zarejestrowany był w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy, Wydział Zdrowia Publicznego, dnia 14.I.1929; podpisał dr. Taraszkiewicz, inspektor lekarski Wydziału Zdrowia Publicznego Komisarjatu Rządu na m. st. Warszawę. Potwierdził za zgodność: burmistrz Jurkiewicz, Pyzdry 28.XII.1931 r.

Między innemi mogę zakomunikować, że Arbuz fryzjer miał również gabinet w Skulsku z firmantką Ewą Klaperzak i na skutek zarządzenia Urzędu Wojewódzkiego lekarz powiatowy zamknął „gabinet“ partacza w Skulsku.

Dnia 25.II.1932 r. był w Kasie Ch. w Zagórowie lekarz naczelny K. Ch. z. Kaliskiej, którego prosiłam, aby wypowiedział się, jak się zapatruje na uprawianie, a raczej na opiekę, jaką ma partacz fryzjer w K. Ch. w Zagórowie i Pyzdrach. Podczas naszej rozmowy weszła ubezpieczona Kasy Ch. Kominkiewicz Adela, której fryzjer Arbuz usunął dolny lewy bicus II; przedstawiłam ją lekarzowi naczelnemu, jako dowód rzeczowy.

Na zapytanie lekarza naczelnego, po stwierdzeniu, że fryzjer Arbuz jej usunął ten ząb: „Czy pani nie zwracała się do lekarza-dentysty?“ Odpowiedziała: „Tak. Ale on usuwa!“

Po tem wszystkiem zaznaczył mi lekarz nacz., dr. med. Dreszer, że zbada sprawę, jest przeciwnikiem uprawiania partactwa i o tem nie słyszał wcale, że coś podobnego dzieje się tutaj. Zaznaczyłam, że Komisarz K. Ch. w Kaliszu, p. Buczkowski, wie o tem doskonale od początku grudnia 1931 r.

* * *

Zasługuje jeszcze na uwagę fakt następujący:

Pomimo, że lekarz naczelny K. Ch. w Kaliszu, dr. Dreszer, stwierdził z wielkiem zdumieniem, że faktycznym partaczem w K. Chorych w Zagórowie jest partacz Arbuz, po kilku dniach jednak front się zmienił. Ten sam lekarz naczelny obecnie twierdzi, że nic takiego się nie stało i nie jest tragedją dla lekarzy-dentystów, że partacz usuwa i leczy zęby w K. Ch. Ten sam dr Dreszer, widocznie, posiada mało zrozumienia dla lekarzy-dentystów. Za jego radą partacz Arbuz sprowadził nową firmantkę Ryfkę Sylberman, która ukończyła P. I. D. 10 listopada 1923 r. L. 587; poprzednią firmantkę usunął pod pretekstem, że „jest chora na rękę i źle usuwa zęby“. Obecnej, t. j. uchodzącej za narzeczoną, wynajął pokój, aby uchodziła też za stałą lekarkę-dentystkę m. Zagórowa, jakkolwiek jej cała prywatna praktyka odbywa się w ambulatorjum K. Chorych. Należy wzmiankować o tem, że komisarzowi tejże Kasy Chorych Okręgowy Urząd Ubezpieczeń zwrócił uwagę jeszcze w r. 1926, że nie można szafować groszem społecznym na dojazdy.

Czas najwyższy, aby Związek lekarzy-dentystów w Kaliszu miał głos w Kasie Chorych. Popierany widocznie przez kogoś partacz przynosi szkodę lekarzom-dentystom w całem znaczeniu tego słowa.

Czas najwyższy.

Zagórów, dn. 25.II.1932 r.

Helena Berkowiczowa, lekarka-dentystka.

Jedna z koleżanek komunikuje nam:

Na terenie m. Sompolna (Pow. Kolski, Woj. Łódzkie) ukazał się zupełnie nowy typ wędrownej „firmantki - wojażerki", o czem dotychczas jeszcze nie słyszeliśmy. Nową „gwiazdą" tego typu firmantki jest niejaka p. Ewa Klaperzak z samej Warszawy. Sprawa przedstawia się jak następuje:

W pobliżu Sompolna pow. Kolskiego, gdzie posiadam gabinet przeszło 9 lat, znajduje się mała osada Babiak. Otóż do Babiaka wrócił z Ameryki niejaki p. Dankowski, ex-rzeźnik, a że miał sporo dolarów, to wczasie inflacji nabył młyn w tymże Babiaku, a tem samem nie mógł już oddać swego syna do rzeźnika na praktykę, bo już „nie wypadało". Ale cóż zrobić z chłopakiem? Posyła go się do Łodzi, do jakiegoś technika, gdzie ukończył studja na „pana dentystę". Zaczął więc p. Dankowski bawić się w „pana dentystę", aż u jakiegoś pacjenta spowodował zakażenie, a policja, która dotychczas patrzała na sprawki Dankowskiego przez palce, pod naciskiem poszkodowanego pacjenta zmuszona była spisać protokół, i Dankowski zapłacił 200 zł. grzywny. Widząc, że to nie żarty, ex-rzeźnik i młynarz Dankowski senior z synem pojechali do Warszawy do stręczycieli (niczem podrzędnych służących), którzy wynaleźli im wyżej wymienioną p. Klaperzak. Tak więc, w jednym dniu otworzono 3 „gabinety", t. j. w Sompolnie, Babiaku i w Skulsku. „Patronka" tego przedsiębiorstwa dla pozoru od czasu do czasu dojeżdża do swoich „filji", a resztę wyręcza ją „pan dentysta z Babiaka". Ażeby „wykurzyć" miejscową lek.-dentystkę, bierzę się w Sompolnie za ekstrakcję 1 zł., za biały ząb w kauczuku 3 zł., za koronę „platynową" 18 zł. i t. d., ale za to w „filjach", gdzie niema drugiego gabinetu, bierze się tak słone ceny, jakich żaden sumienny lekarz nie bierze.

Firmantka Klaperzakówna coraz bardziej bierze pod swoje opiekuńcze skrzydła swego szefa Dankowskiego. Ten partaczy, jak może, uważając, że w ustach ludzkich każdy może grzebać i robić co mu się podoba. Sława Dankowskiego — to tania robota, a więc koronka z „prawdziwego" złota wraz z wyleczeniem zęba 12 zł., naturalnie, że koronka czernieje, a ząb pod koronką boli, tak samo się wykonywa mosty o 10 ogniwach. A to wszystwo robi się prędko; naturalnie, sam p. dentysta leczy i zakłada koronki, mosty i t. d. Tak on praktykuje w Babiaku, w Skulsku i po trochu w Sompolnie, częściowo odwiedza też okoliczne wsie i nabiera pacjentów, a to wszystko pod płaszczykiem firmantki. Wielu poszkodowanych pacjentów zwróciło się w Babiaku i w Skulsku do policji, która spisała protokóły; wzywała Dankowskiego, aby podał swoje zeznanie w tej sprawie; on wszystkiego się wypiera, twierdząc, że „ona" to wszystko zrobiła, a ona zaś zeznaje, że faktycznie dojeżdża 2 razy w tygodniu do Babiaka, a do Skulska raz na 2 tygodnie, zaś stały gabinet ma w Sompolnie (wiedząc, że nie wolno mieć więcej, jak jeden gabinet); wielu faktom, podanym w protokółach, zaprzecza, podaje, że Dankowskiego i fry-

zjera w Skulsku upoważniła do zmieniania watek w zębach; tymczasem fryzjer sam zeznaje, że zęby on sam usuwa, mając umowę z Dankowskim, który u niego założył swoją filję sklepikarską, t. j. gabinet.

Firmantka Klaperzakówna, zeznając w policji, zaznaczyła: „Ci wszyscy pacjenci, którzy oskarżają w policji, w sądzie inaczej powiedzą".

Władze, pomimo, że mają już tak jaskrawe fakty, milczą i nie kładą kresu tym nadużyciom.

Każdy przeciętny lekarz, który ma tylko odrobinę poczucia honoru, uciekłby, widząc, że te krętactwa są już dość głośne, a jednak ona siedzi; twierdzi, że sobie poradzi, zarzucając bezprawie komisarzowi policji, który ją wezwał na przesłuchanie w tej sprawie.

Niezależnie od powyższego „pan dentysta" z Babiaka wędruje po domach, nagabuje ludzi na ulicy, ma swoich płatnych agentów, którzy ściągają pacjentów do niego. Na prowincji wszystko to uchodzi i nikogo nie razi.

Na nazwisko Klaperzakówny były rozdawane tysiące ulotek, które głosiły, że „robota solidna, ceny przystępne i t. d.".

Należy zaznaczyć, że Sompolno — to mała mieścina, gdzie zaledwie jeden gabinet utrzymać się może, a tu naraz występuje „firmantka" z tak niezwykłą konkurencją.

Podając fakt powyższy do wiadomości publicznej, możemy zaznaczyć, iż dalsze tolerowanie omawianej firmantki wędrownej p. Kleparzak zagraża wszystkim prowincjonalnym lekarzom-dentystom, zmuszonym uczciwą pracą zarabiać na chleb powszedni w obecnych b. ciężkich warunkach materjalnych.

Wiadomo, że zło szybko się rozpowszechnia; to też ma się wrażenie, że ta szkodliwa „nowość" niebawem znajdzie na prowincji naśladowniczki, które, maskując swoje niedołęstwo, imają się znanego już sposobu firmantowania przeróżnym partaczom, dotychczas, niestety, u nas tolerowanym.

Zło należy więc prędko wykorzenić w zarodku. Ale w jaki sposób?.

N. N.

D o p. r e d. Rzecz dziwna, że nadzorcza władza wykonawczo-lekarka toleruje powyższego rodzaju fakty wbrew rozporządzeniu P. Prezydenta Rzp. P. z dnia 10 czerwca 1927 r. o wyk. praktyki dentystycznej (p. Dz. Ust. Rzp. P. Nr. 54 z dn. 18 czerwca 1927 r. poz. 476). W ostatnio wydanym przez Min. Spr. Wewn. (Departament Służby Zdrowia) spisie lekarzy i lekarzy-dentystów (a więc w wydaniu oficjalnem) nazwisk owych wędrownych firmantek nie znaleźliśmy w wymienionych miejscowościach. Czemu to przypisać, nie wiemy. Nie sądzimy aby władza wykonawcza firmanckich wędrówek nieznała, zaś z obowiązku służbowego w myśl powyższego prawa reagować musi (art. 1 i art. 12). Łatwo, zdaje się, stwierdzić można samodzielną pracę zębolecznniczą partaczy. Łatwo również można ustalić istnienie spółki firmanckiej: czy niema fikcji odnośnie gabinetu (poradni), kto jest właścicielem, kto płaci podatki i składa zeznania, czy dany partacz jest ubezpieczony w K. Chorych, kto płaci podatek mieszkaniowy, czy firmantki meldują się we wszystkich urzędach (a może unikają), czy są przepisowe szyldy (imię, nazwisko, stopień naukowy), w jaki sposób ulotki mogą się ukazywać (prawnie są niedozwolone!!), czy przeprowadzone zostało dochodzenie?

Patrz: Zarządzenie Min. Spr. Wewn. z dnia 20 czerwca 1927 r. Nr. Z. O. 2950/27 wydane do wojewodów i Komisarzy Rządu, końcowy ustęp o fir-

mantkach, Zbiór zarządzeń Minist. Spr. Wewn. cz. I str. 184, Rozp. Min. Spr. Wewn. z dnia 16 stycznia 1929 r., Dz. Ust. Zzp. P. nr. 8 z dnia 9 lutego 1929, art. 1, 2 i 5 (szyldy i ogłoszenia lekarzy-dentystów).

Rozplenianie się firmantek wędrownych partactwo dentystyczne bardziej spotęguje. Tu wytworzy się już nietylko bezprawna, lecz karygodna działalność firmantek, która rozpowszechniać się będzie w szybkiem tempie w przypadkach zwłaszcza, gdy władza wykonawcza zło tolerować będzie, kierując się, być może, jakiemiś względami, czy też względzikami tej lub innej natury. Tolerancję taką wszak w życiu widzimy (chociażby nap. słynny już w Polsce partacz Bromberg w Sokołowie Podl. pomimo mnóstwa wyroków sądowych i kar administracyjnych, z których sobie niewiele czyni, „operuje“ nadal już bez firmantek, widocznie, przez kogoś tolerowany; wyroków jakoś nie odsiaduje).

Wobec braku niekiedy innych kategoryj firmantek, których stręczyciele (niczem służących podrzędnego gatunku) dostarczyć nie będą mogli, wędrowne firmantki doprawdy handlować będą swojemi „dyplomami“; słowem, będą w ruchu; brzydzić się przynajmniej nie będą łatwo zdobywanego grosza. „Aby handel szedł“. A „handel“ ten bezwzględnie pójdzie, bowiem Polska liczy mnóstwo chłopców, rzekomych techników (szkodników), których firmantki (bez różnicy wieku) nęcą, przyciągają, wabią, nieraz z bijącem sercem.

To też budujący się „handel“ wędrownych firmantek należy wszelkiemi siłami hamować. Każda wiadomość o powstaniu tegoż, gdziekolwiek, w jakiejbądź dziurze, winna być zakomunikowana bezpośredniej władzy nadzorczej i w przypadku tolerowania zła sprawę należy kierować do Wyższej władzy, przesyłając nam odpis wniosku, w celu opublikowania.

Należy mieć odwagę. Chodzi tu, jak już niejednokrotnie wzmiankowaliśmy, o dobro wspólne: naszego zawodu i techniczno-dentystycznego, bowiem przedstawiciele ostatniego zostają również wskutek tolerowania partactwa wyrugowani ze swego pola pracy.

Prawo musi być bronione wszędzie, przez każdego przedstawiciela władz nadzorczo-wykonawczych. Lekceważący swoje obowiązki wzbudzają w każdym obywatelu bezwzględną nieufność do nich. A zjawisko takie, jak się zdaje, nie może być obojętne dla nikogo.

Co się tyczy zezwolenia na pracę w niektórych Kasach Chorych partaczom dentystycznym, o czem wzmiankowano wyżej, to należy wziąć pod uwagę następujące przepisy prawne:

Na mocy art. 97 „ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby“ z dnia 19 maja 1920 r. (Dz. Ust. Rzp. P. Nr. 44) o g ó l n y nadzór nad działalnością Kas Chorych należy do Min. Pracy i Opieki Społ., a w z a k r e s i e l e c z n i c t w a do b. Min. Zdr. Publ., a zatem obecnie do Ministerstwa Spraw Wewn. (Departament V Służby Zdrowia). W sprawie wykonywania tego nadzoru ukazały się 2 rozporządzenia b. Min. Zdr. Publ. i Ministra Pracy i Opieki Społ.: jedno z dnia 16 czerwca 1921 r. (Dz. Ust. Rzp. P. Nr. 81), określające kompetencje delegatów b. Min. Zdr. Publ., a zatem obecnie Min. Spr. Wewn., do Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń, drugie — Ministra Pracy i Opieki Społ. z dnia 9 lipca 1924 r. (Dz. Ust. Rzp. P. nr. 63) o ustanowieniu i kompetencji Głównego Urzędu Ubezpieczeń, w którego skład również wchodzi delegat Ministerstwa Spr. Wewn.

Należy więc bezpośrednio się zwrócić do powyżej wymienionych instytucyj, podając fakty wraz ze szczegółami, a więc do: Departamentu Służby Zdrowia Min. Spraw Wewn. (Warszawa, Nowowiejska 39) ew. do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej (Warszawa, Długa 40). Instytucje te mają bezpośredni nadzór nad Kasami Chorych.

II.

Sprawy podatkowe z uwzględnieniem zawodu dentystycznego

(Ciąg dalszy. P. zesz. 9/10, 11/12 r. 1931).

6). Zarząd Izby Lek. Lwowskiej w tejże sprawie w swojem sprawozdaniu za r. 1930 (D. U. I. L. nr. 3. 1930) m. i. podaje:

Poważną bolączką, dotykającą ubożejący stan lekarski, są sprawy podatkowe. Wyrazem tej bolączki były i są narzekania lekarzy, wnoszone pisemnie lub przedstawione osobiście na wygórowany wymiar podatkowy i nieuzasadnione, niekiedy nieprawdopodobne, podnoszenie stawek podatkowych z roku na rok. Pomijając interwencję w poszczególnych przypadkach, podniesiono sprawę podatków na posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej w roku sprawozdawczym a nadto zarząd zwołał wiec lekarzy, przynależnych do Izby Lwowskiej, w którym wzięli udział lekarze lwowscy i przedstawiciele niektórych ośrodków z prowincji.

Izba skarbowa wysłała na wiec swego przedstawiciela. Uchwalone wnioski na wiecu zostały przesłane czynnikom odpowiednim. Komisja podatkowa Izby opracowała także pouczenie dla lekarzy w sprawach podatkowych, zostało ono ogłoszone w organie Izby. Dążeniem zarządu jest, by władze skarbowe liczyły się z opinją fachowych kół lekarskich przy wymiarze podatków, by zrozumiały ciężkie położenie, w jakim obecnie znajduje się świat lekarski, zatracający coraz bardziej charakter zawodu wolnego, by pamiętały, że dobrobyt lekarzy należy dziś do legend.

Z powyższego materjału widzimy, że sposób ustalenia wymiaru podatków skarbowych dla l e k a r z y grzeszy poważnemi niedokładnościami. Niedokładności te biorą swój początek już od pierwszej chwili rozpoczęcia debatów sejmowych nad podatkami skarbowemi. W okresie sanacji skarbu Państwa wolne zawody ujawniły swe „niezadowolenie“ tylko w luźnych uwagach tej lub innej treści. Obecnie warunki materjalne dla tych są coraz gorsze, widzimy pewne poruszenia i dążenia do osiągnięcia sprawiedliwego opodatkowania przedstawicieli tego zawodu.

ZAWÓD DENTYSTYCZNY.

Nie należy tu się rozwodzić nad tem, że zawód dentystyczny wzorem zawodu lekarskiego od kilku lat również przechodzi poważny kryzys ekonomiczny. W grę tu również wchodzą tego rodzaju zjawiska, jak Kasy Chorych, organizacja pomocy dentystycznej w szkolnictwie, wojsku, w instytucjach municypalnych, państwowych i społecznych, w ambulatorjach, w ośrodkach zdrowia, w lecznicach ogólno-lekarskich, klinikach uczelni dentystycznych i t. d. Można powiedzieć, iż na prywatną praktykę pozostało nie więcej, jak

20% ludności, gdy tymczasem rok-rocznie przybywa coraz więcej praktyków dentystycznych. Należy też poważnie wziąć pod uwagę rosnącą z godziny na godzinę bez ograniczenia i samorzutnie bez wszelkiej kontroli liczbę techników dentystycznych, uprawiających zawód dentystyczny w całej rozciągłości (mały zaledwie odsetek poważnych pracowników nie ima się tego „procederu"). Gdy dodamy jeszcze do tego kumanie się niektórych lekarek-dentystek bez różnicy marki i wyznania z wątpliwej wartości technikami dentystycznymi (o wyjątkach nie mówimy), które to zjawisko podkupuje i moralnie i materjalnie zawód dentystyczny, a mieć będziemy obraz, ilustrujący zarobki poważnej części „wolnych" praktyków dentystycznych, nie mających posad, którym sądzono biedować z dnia na dzień, zadłużonych po uszy, bowiem utrzymanie samej poradni i pracowni dentystycznej pachłania sporo wydatków, zaś wpływy z praktyki (codziennej) są coraz drobniejsze. „Honorarja" są już horendalnie niskie. Pacjent w powodzi konkurentów najróżnorodniejszego rodzaju płaci zwykle tyle, ile sam chce; nie liczy się ani z rodzajem, ani z powagą zabiegu, ani też z jakością materjału na robotę; zna wszelkie kryjówki partackie, prosperujące pomyślnie, nie liczące się z prawem (bowiem można je zawsze omijać), robi łaskę, iż raczy rozmawiać, traktować i „targuje się" nieraz o parę groszy, wkońcu wprowadza w obieg weksel. Ta tranzakcja wekslami stała się wśród niektórych praktyków b. dokuczliwą i naraża nieraz na poważne straty, często bowiem weksle nie są wykupywane przez wystawców. W ten sposób sprytny pacjent otrzymuje robotę, nieraz kosztowną, zupełnie bezpłatnie. Sprawy sądowe nie skutkują i narażają tylko praktyka na zbyteczne wydatki, różnego bowiem rodzaju krętactwa są odbecnie ad maximum tak rozwinięte, iż prawo jest zupełnie bezsilne.

Gdy np. pewna koleżanka upominała się od zamożnego pacjenta o słuszny dług za robotę, wziętą „na weksel" w terminie niewykupiony i „zaprotestowany", ten zamożny pacjent, człowiek na poważnem stanowisku, otwarcie w liście zakomunikował m. i. co następuje: „Postawiam wolną rękę działania, przyczem otwarcie mówię, iż drogą przez komornika nic się nie da zrobić, gdyż pierwszą głową pokrywa komornik należności skarbu Państwa, a następnie już prywatne pretensje; ponieważ skarb Państwa już siedzi na moich ruchomościach, przeto dla prywatnych pretensyj nie pozostanie nic, sam zamierzam płacić tylko takie zobowiązania, które trafiają do mnie drogą nie przez komornika, natomiast szukającym drogi przez komornika nie przeszkadzam, niech czekają, może spadnie manna z nieba; na atak odpowiada się kontratakiem; jeśli kto naraża mnie na wysokie koszta przez komornika, zmuszony jestem również szukać odpowiedniej drogi prawnej dla zwłoki, a tych dróg jest wystarczająco dużo i przytem najrozmaitszych".

Oto, jak wyglądają obecnie wpływy „należności" za pracę dentystyczną!!

Piękne pałacyki, siedziby dentystów Szellerów (przy ul. Tłomackie), bogate apartamenty Ciunkiewiczów, Kobylińskich, Idzikowskich, Leszczyńskich — starej daty praktyków — przeszły do historji. Przybytki te stanowiły poważne muzea sztuki. Czegoż tam nie było? — Meble różnych stylów i epok — romańszczyzna, rokoko, gotyk, empire, secesje, Ludwiki, simmlerowskie, szafy gdańskie, serwantki o misternych inkrustacjach, kozetki egipskie, cenne obrazy, rzeźby i porcelana, zbroje, półzbroje, karabele, kolczugi, maczugi, dywany wschodnie, sztory tiulowe, portjery, gobeliny, zegary, bron-

zy, kinkiety, żyrandole, kandelabry złocone, instrumenty muzyczne i t. d. Wszystko to, zdobyte w „złotych“ warunkach pracy, stanowiło oznakę dobrobytu prawdziwego. Nieco skromniejsze galerje obrazów i zbiory dzieł sztuki, domy, majątki ziemskie nielicznych następnych potentatów dentystycznych, stanowią dobytek, pozyskany już w innych mniej więcej warunkach: szczęśliwy los, lub też inne okoliczności często tu sprzyjały—zamożna żeniaczka, tranzakcje handlowe, cichy współudział w przemyśle i różnych przedsiębiorstwach w dobrych czasach lepszej jeszcze konjuktury, pośrednictwo różnego rodzaju, jak sprzedaż towarów (o różnych niesolidnych tranzakcjach, rzecz prosta, tu, nie wspominamy). „Dowody“ tej zamożności bynajmniej nie powoli, a w tempie przyśpieszonem znikają.

Rzeczywistość ta w obecnym okresie kryzysu staje się coraz głośniejszą wskutek pewnych okoliczności, konieczności oraz innych przejawów społeczności.

Dalej. Brane na dłuższe kredyty, szczególnie przez młodych praktyków, wspaniałe urządzenia poczekalni i poradni dentystycznych (t. z. gabinetów) z rentgenami, unitami, solluxami, diatermjami, d'arsonwalizacjami, kompresorami, elektrycznemi sterylizatorami,, spluwaczkami z płóknicami i urządzeniami kanalizacyjnemi oraz innemi nowoczesnościami, które gdzie indziej są już pospolitościami, często nie świadczą o zamożności tych szczęśliwców, liczących przeważnie w ten sposób w obecnych ciężkich warunkach ekonomicznych na pozyskanie większej „powagi“ wśród swoich szarych towarzyszy pracy. A ilu tych zwolenników długich rat jest niewypłacalnych? Często w grę tu również wchodzą kapitały obce, pochodzące, jak to ostatnio przypadki świadczą, z mezaljansów.

Sytuacja nie do pozazdroszczenia jest również owych nielicznych jednostek, mających jakoby poważną praktykę z asystentami, asystentkami, technikami, lub bez tych, praktykę poważnie jakościowo lub ilościowo; przyznać należy, iż umieją one swoją powagę jakoś utrzymać.

Niewiele również można mówić o tych niektórych powagach, które umieją „trzymać fason“, imponują doborem pacjentów ze sfer finansjery i przemysłowców. Doskonale wiadomo, iż w grę tu wchodzą różne okoliczności, które bynajmniej nie mogą być podstawą o g ó l n e g o dobrobytu przedstawicieli naszego zawodu (stosunki towarzyskie, życie klubowe, sute przyjęcia, rauty, poparcie różnego rodzaju i t. d. i t. d.).

Nie słychać natomiast już obecnie o przechwałkach rzekomych potentatów, którzy potrafili imponować luksusową praktyką, szlachetną krwią swoich pacjentów, zagranicznemi attachés militaires, ambasadorami, posłami, ministrami, omal nie prawdziwymi mandarynami, co też nb. urabiało często ogólne opinje o zamożności zawodu dentystycznego, czyli jego przedstawicieli.

Nie mówimy już nic o tych niebieskich ptakach, rzekomych praktykach dentystycznych, którzy nie orzą i nie sieją, a zbierają obfity plon, bynajmniej nie z dentystyki, którzy jednak w oczach władz skarbowych symbolizują ogół przedstawicieli naszego zawodu. Kronika aferzystów nieraz mówi o tych „przykładnych“ podatnikach.

Zaznaczamy, że warunki egzystencji (znacznej) większości praktyków dentystycznych, nawet solidnych, we wszystkich b. zaborach są obecnie fatalne. Większość ta nie może już związać końca z końcem. A wszak skrom-

ne nawet utrzymanie poradni dentystycznej pochłania spore wydatki, chociażby na niezbędne potrzeby.

Tymczasem, pomimo stale pogarszających się warunków egzystencji, spowodowanych fatalnemi warunkami, o których wzmiankowano wyżej, na przedstawicieli naszego zawodu nakładane są coraz większe podatki i to z całą bezwzględnością, tak, iż sumienny i wypłacalny dotychczas płatnik staje się niewypłacalnym; zaległości potęgują się, następuje często konieczność zwinięcia placówki i czepiania się różnych interesów.

Początkującym i niezamożnym praktykom dentystycznym wymierza się obrót w wysokości 5000 i 6000 zł. i więcej, gdy właściwe obroty były minimalne. Są to praktycy, przeważnie niewiasty, mieszkające na podrzędnych ulicach, zajmują pokoje na poradnie u rodziców, korzystając z poczekalni tychże, również z odnośnego urządzenia. Sfera ich pacjentów składa się z osób niezamożnych, zgłaszających się przeważnie z wyjmowaniem zębów; roboty techniczne stanowią nadzwyczajną rzadkość. W dodatku, spora część jest na utrzymaniu rodziców, ludzi przeważnie niezamożnych. O ustalonych przez urzędy dla nich obrotach resp. dochodach nie mogą nawet marzyć.

D o p. r e d. W następnym zeszycie podamy obrazki, ilustrujące panujące stosunki pod względem niepomiernie wysoko nakładanych wymiarów podatku — obrotowego i dochodowego. Prosimy więc kol. o dalsze zakomunikwanie nam przypadków, które nie dpowiadają rzeczywistemu stanowi rzeczy. Sprawa ważna. D. c. n.

K.

Zjazdy.

V Zjazd Stomatologiczny we Lwowie.

Od dnia 28 czerwca do 1 lipca 1931 r.

Zjazd zgromadził zgodnie z ogłoszonem sprawozdaniem 270 uczestników z Polski i 8 gości honorowych z zagranicy. Jak już poprzednio wzmiankowano, Zjazd w swoim programie przewidywał obchód 25-lecia pracy naukowej prof. Cieszyńskiego i 20-lecia Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej. Głównym tematem obrad była dentystyka (stomatologja) społeczna: opieka dentystyczna w szkołach, w Kasach Chorych i Tayloryzacja pracy. Prócz tego wygłoszono 35 referatów (zgłoszono 50) naukowych. Z zagranicy przybyli: prof. Szabó i jgo asystenci dr. Ledniczer, Balogh i Sokolowczy — z Budapesztu, prof. Cavina z Bolonji, prof. Kostečka z Pragi, dr. Geyer z Berlina i dr. Hauptmeyer z Essen.

Uroczystość otwarcia Zjazdu i uczczenia jubileuszu prof. Cieszyńskiego odbyła się w niedzielę dnia 28 czerwca, o godz. 10.30 r., w sali Uniwersytetu Jana Kazimierza. Otwarcia Zjazdu dokonał J. M. Rektor prof. dr. Witkowski, który podniósł znaczenie stomatologji dla społeczeństwa, wspomniał o wielkim jej obecnym rozwoju łącznie z całem lecznictwem i zaakcentował jej bezwzględną nierozerwalność z medycyną ogólną, zwłaszcza ostatnich lat dwudziestu. W imieniu swojem i całego Senatu Akademickiego złożył serdeczne życzenia prof. Cieszyńskiemu z okazji jego jubileuszu jako też Związkowi Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej.

Prof. Cieszyński, jako przewodniczący Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych, powitał obecnych — przedstawicieli wyższych uczelni, Rządu, władz, duchowieństwa, profesorów wyższych uczelni krajowych i zagranicznych, delegatów Izb Lekarskich, Towarzystw naukowych, zrzeszeń dentystycznych i stomatologicznych. Do gości zagranicznych, którzy nie znali języka polskiego, prof. C. zwrócił się w języku niemieckim, witając ich serdecznie, zaznaczając międzynarodowy charakter nauki, bowiem wszyscy badacze świata przyczyniają się do jej postępu; wspomniał o łączności polskich przedstawicieli naszej specjalności z tymże światem zagranicznym. Ten życzliwy stosunek datuje od okresu przedwojennego, trwa nadal, zaś obecność na Zjeździe gości łączność bardziej zadokumentuje.

Przewodnictwo Zjazdu objął prof. Łepkowski z Krakowa, który m. in. zwrócił się do J. M. Rektora i Dziekana Wydz. Lek. U. J. Kazimierza, aby w szczególną wzięli opiekę najmłodszą katedrę wszech nauk lekarskich — stomatologję, która w szybkiem tempie posuwa się naprzód i zmienia się w olbrzymią gałąź, rosnącą z pnia postępu i rozrostu swej macierzy chirurgji. Stomatologja jest i będzie związana nierozerwalnie z całokształtem wiedzy lekarskiej. To też Wydziały Lekarskie wszystkich Uniwersytetów Rzp. P. muszą się starać o podniesienie Instytutów Stomatologicznych obecnych do wyżyn chwili i stworzenia nowych tam, gdzie one zaledwie zostały zapoczątkowane.

Prezwodniczący zatrzymał się na naukowej i dydaktycznej działalności prof. Cieszyńskiego, na jego zasługach w dziedzinie rentgenologji stomatologicznej w zachowawczych i chirurgicznych metodach leczenia, jak i w technice dentystycznej, na co złożyła się liczba 200 prac, ogłoszonych drukiem. Wręczając jubilatowi dyplom na członka honorowego T-wa Stomatologów Krakowskich, prof. Łepkowski złożył mu życzenia dalszego pomyślnego rozwoju pożytecznej jego działalności.

Nastąpiły przemówienia przedstawicieli oficjalnych: Min. Spr. Wewn., Lwowskiej Izby Lekarskiej (prof. dr. Nowicki), T-wa Lekarskiego (prof. Marschler), Związku Lekarzy P. P. (doc. dr. Lipiński), uniw. węg. w Budapeszcie (prof. Szabó), uniw. włoskiego w Bolonji (prof. Cavina), uniw. czesko-słowackiego w Pradze (prof. dr. Kostečka), katedr specjalnych P. Inst. Dent. i T-wa Stomatologicznego (prof. dr. Wilga, Warszawa), uniw. w Poznaniu (prof. Jarząb), asystentów Kliniki Stomatologicznej Un. J. K. we Lwowie (dr. Jankowski), red. czasopism zawodowych (l. d. Mokrzycki), Związku l. d. w P. P. (l. d. Sachs), Centralnej Rady Zrzesz. stomatologicznych i lek.-dent. w Rz. P. (l. d. Esigman), Stowarzyszenia wzajemnej pomocy l. dent. w P. P. (l. d. German), Związku l. d. w P. P. (l. d. Ujejski), Związku lek. dent. Kasy Chorych (l. k. Bromirska), Częstochowskiego Związku Odontologów (l. d. Rozenowicz) i Zrzeszenia absolwentów P. Inst. Dentystycznego (l. d. Świderska).

Redakcja nasza przesłała dwie depesze gratulacyjne p. adr. jubilata i Zjazdu.

Prof. Cieszyński podziękował wszystkim za złożone życzenia i zaszczyty, za wyrazy uznania jego działalności, zaznaczając, iż to, co zrobił, było tylko małą cząstką tego, co istotnie wykonać zamierzał, a było tylko wynikiem spełnienia obowiązku na katedrze, którą obdarzył go Uniwersytet Lwowski.

Wielką liczbę tematów z różnych dziedzin stomatologji, które próbował rozwiązać w swoich pracach, tłumaczy on tem, iż stomatologja czerpie swe

soki z nauk przyrodniczych i lekarskich, z nauk technicznych, mechaniki, a przedewszystkiem z życia i cierpienia ludzkiego; bogato zasilana z różnych stron, staje się znowu źródłem nowych zagadnień, które domagają się swego rozwiązania; niema pracy bez nowej podniety. Zwrócił się tu do gości zagranicznych, przedstawicieli nauki, którzy raczyli uświetnić dzień jubileuszu, który będzie dla niego zachętą do kontynuowania jego pracy, aby stomatologja polska śmiało mogła kroczyć obok prac autorów zagranicznych.

Wykłady.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Zjazdu i Związku Stomatologów Lwowskich Izby Lekarskiej, dr. Allerhand, wygłosił referat p. t. „Rozwój stomatologji w ostatniem ćwierćwieczu", w którym referent dał przejrzysty pogląd na postępy, które wiedza dentystyczna w najściślejszej łączności z medycyną ogólną poczyniła w ostatnich 25-ciu latach. Wszystkie działy dentystyki, dzięki nowym odkryciom (prom. Roentgena) stanęły obecnie na nowych podstawach. Również protetyka dentystyczna stanęła w jednym szeregu z postępowemi metodami innych działów stomatologji. Równolegle z rozwojem wiedzy stomatologicznej rozrosły się zespolenia stomatologów i lekarzy-dentystów dla obrony swoich spraw i zawodu, nawiązano żywsze stosunki pomiędzy poszczególnemi krajami, co znalazło swój wyraz w podjęciu na nowo działalności Związków, obejmujących wszystkie kraje cywilizowane.

Dr. Brill (Lwów) wygłosił odczyt: „Szkolna opieka dentystyczna w kraju i zagranicą". Referent przedstawił rozwój, znaczenie i zadanie dzisiejszej szkolnej opieki dentystycznej, dokładną organizację pomocy dentystycznej w szkołach powszechnych, średnich i zawodowych, udział Kas Chorych w kraju i zagranicą w zębolecznictwie szkolnem, statystykę pracy, wskazał na rozwój szkolnej opieki dentystycznej w ostatnich 10-ciu latach u nas, omówił stan dzisiejszego zębolecznictwa szkolnego zagranicą, porównał go z naszem i przedstawił wnioski, które później zostały przyjęte jako rezolucje Zjazdu.

Początki szkolnego zębolecznictwa w Polsce datują od roku 1920. Gdy zagranicą zębolecznictwo szkolne rozwinęło się na koszt samorządów i przy pomocy szlachetnych bogatych ofiarodawców, u nas rozbudowało się zębolecznictwo szkolne na koszt państwa, głównie w szkołach typu średniego. Zorganizowaną pomoc dentystyczną posiada przeciętnie 42% ogółu szkół średnich, gdzie jest zatrudnionych 365 lekarzy-dentystów (50 etatowych, 315 kontraktowych). Szkolni lekarze-dentyści pracują w godzinach nauki szkolnej, głównie w poszczególnych Zakładach, w kilku miastach także w poradniach od 6—36 godzin tygodniowo; przeciętna ogólna ilość młodzieży szkół średnich wynosiła 311.000. Dziatwa szkół powszechnych w ilości około 3.600.000 miała tylko 75 lekarzy-dentystów i korzystała bardzo nieznacznie z dentystycznej pomocy szkolnej. Celowa i dalsza rozbudowa zębolecznictwa szkolnego, zwłaszcza w szkołach powszechnych jest ze względów społecznych i zdrowotnych bardzo konieczna.

Lek.-dent. Kopczyński A. (Warszawa) mówił na temat: „Stan opieki lekarsko-dentystycznej, stan uzębienia dziatwy i młodzieży szkolnej w szkołach Okręgu Warszawskiego, Warszawa, Województwo Warszawskie i Białostockie". Kuratorjum warszawskie przoduje pod względem urządzeń dentystycznych całemu Państwu. Sama Warszawa posiada 60 lekarzy-dentystów w szko-

łach średnich i 33 lekarzy-dentystów w szkołach powszechnych; ogólnie kuratorjum warszawskie posiada 62% szkół średnich ze zorganizowaną pomocą dentystyczną. Za Warszawą postępują kuratorja w następującym porządku: Wołyńskie, Lubelskie, Lwowskie, Łódzkie, Krakowskie, Wileńskie, Śląskie, Pomorskie i Poznańskie. Stopień próchnicy w szkołach powszechnych wykazuje 75% rzadko, a 4,25% nigdy. W kuratorjum warszawskiem odsetek wynosi: dzieci z uporządkowaną jamą ustną (sanacja) w szkołach średnich 36%, w szkołach powszechnych — 12%. Pośród kończących w danej uczelni jest ten odsetek znacznie wyższy, gdyż wynosi 72% w gimnazjach, 85% w seminarjach i 58,5% w szkołach zawodowych.

Lek.-dent. Gondzik (Królewska Huta) mówił na temat: „Opieka dentystyczna na Śląsku ze szczególnym uwzględnieniem gimnazjum humanistycznego w Królewskiej Hucie". Na Śląsku istnieje 10 gabinetów po 1 lekarzu-dentyście dla 23 Zakladów szkół średnich i zawodowych. Trzecią część czasu zajmuje praca administracyjna. Referent zaleca profilaktykę, ograniczenie leczenia przewodów do przednich zębów, robienie większego użytku z ekstrakcyj, a zeprzeprowadzenie leczenia bocznych i tylnych zębów tylko przy częściowem zapaleniu lub podrażnieniu miazgi.

JUBILAT PROF. DR. MED. ANTONI CIESZYŃSKI.

Prof. Antoni Cieszyński, lek.-dent. i lekarz z aprobatą niemiecką, doktór wszech nauk lekarskich uniw. monachijskiego, profesor zwyczajny stomatologji, kierownik Kliniki Stomatologicznej, dziekan Wydziału Lekarskiego 1926/27 r., b. przewodniczący Powszechnych wykładów uniwersyteckich i politechnicznych w latach 1915 — 1918, były szef Polskiej Służby Sanitarnej w roku 1914 i 1918, były kierownik Oddziału dla obrażeń szczękowych we Wiedniu (1914/15), b. konsyljarjusz Ambulatorjum Dentystycznego dla uchodźców we Wiedniu (1914/15), były kierownik Ambulatorjum dla obrażeń szczękowych Wojsk. Polsk. we Lwowie (1918 — 1920), b. komisarz dla spraw ewakuacyjnych na Województwo Poznańskie (1920), b. organizator Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie (1920), b. przewodniczący Związku lekarzy-dentystów, przynależnych do Izby Lek. lwow. (1914 — 1912), członek Centralnego Związku lekarzy niemieckich, przewodniczący I, II, III, IV i V Zjazdu lekarzy-dentystów polskich w l. 1923, 1925, 1928, 1929, 1931, przewodniczący Związku docentów stomatologji, przewodn. Komitetu Narodowego Międzynarodowego Związku lek.-dentystów (F. D. I.) Polskiej Sekcji Międzynarodowego Związku Stomatologicznego (A. S. I.), Komitetu Organizacyjnego Międzynarodowego Zjazdu Stomatologów (A. Z. I.), przewodniczący Stałej Delegacji stomatologicznych polskich (od r. 1925), członek honorowy Związku Stomatologów Lwowskich (1926), raz Amerykańskiego Tow. stomatologicznego (1926), od r. 1930 członek rzeczywisty (fellow) tejże organizacji członek honorowy, członek rzeczywisty Zwiazku Polskich lekarzy i Dentystów w Ameryce (1930), członek rzeczywisty (fellow) Międzynarodowej Akademji Dentystycznej w Waszyngtonie (1931), członek honorowy Związku lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem (1930), członek honorowy Towarzystwa lekarzy-dentystów wiedeńskich (1931), Związku polskich Stomatologów w Krakowie (1931), oraz Związku czeskich lekarzy-dentystów w Pradze (1931), b. członek redakcji „Kwartalnika Stomatologicznego" (1912), „Przeglądu Dentystyczne-

go" (1921 — 1922), od r. 1923 założyciel, wydawca i naczelny redaktor „Polskiej Dentystyki", przemianowanej w r. 1930 na „Polską Stomatologję" oraz członek Redakcji „Przeglądu Radjologicznego".



Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI

Odznaczenia wojskowe: Krzyż Obrony Lwowa, Krzyż Oddziału Sokoła-Macierzy.

(D. c. n.)

VIII Międzynarodowy Kongres Dentystyczny w Paryżu.

Miałam zaszczyt być wydelegowaną przez Radę Profesorów P. I. D. na VIII Międzynarodowy Kongres Dentystyczny w Paryżu, jako przedstawicielka studentów P. I. D. w Warszawie.

Dnia 1.VIII.1931 r. przybyłam na Gard-du Nord, gdzie oczekiwał mnie sekretarz Sekcji Studentów, p. Mesny, z którym prowadziłam korespondencję w związku z wyjazdem moim, i p. Germaine, członkini Związku studentów. Po zostawieniu rzeczy w przygotowanym dla mnie pokoju w Cité Universitaire, udaliśmy się z p. Germaine do Grand-Palais, do sekretarjatu Kongresu.

Poznałam tutaj Komitet Sekcji Studentów; ostemplowano mi kartę wstępu, wręczono zaproszenie, bilety i odznaki członkowskie, jako też zawiadomienie, w którem donoszono mi, że nazajutrz mam przemawiać w imieniu studentów Polaków podczas sesji inauguracyjnej.

Wieczorem przyjmowano studentów przybyłych z zagranicy i prowincjonalnych Instytutów Dentystycznych Francji w salonach im. Victor Hugo. Chodziło o zapoznanie licznego grona akademików i nawiązanie przyjaznych stosunków. Nastrój był serdeczny.

W niedzielę 2.VIII r. ub. mieliśmy się stawić w Grand-Palais, skąd wyruszyliśmy auto-care'ami dla zwiedzania Paryża. Wieczorem byliśmy w Wersalu, gdzie, niestety, niewiele tylko mogliśmy zobaczyć, gdyż pogoda pokrzyżowała plany obejrzenia Wielkiego i Małego Trianon i wspaniałego parku. Cała uroczystość uległa zmianie, podziwialiśmy więc tylko sztuczne ognie i iluminację, oświetlającą prastare drzewa, pozostałe jako niemi świadkowie dawnej świetności tej pięknej rezydencji królów Francji.

3-go nastąpiło oficjalne otwarcie Kongresu, podczas którego jedenastu przedstawicieli studentów państw, biorących udział, wygłosiło mowy powitalne, poczem rozpoczęto prace XVI sekcyj.

Inauguracja Kongresu odbyła się w Sali Honorowej, udekorowanej sztandarami państw zaproszonych, między któremi z dumą i radością ujrzałam barwy biało-amarantowe.

Prace sekcyjne odbywały się w niszach, urządzonych jako osobne pokoje i przylegających do sali, w których umieszczono eksponaty wszystkich większych firm i laboratorjów dentystycznych Europy i Ameryki.

Wieczór spędziliśmy w „Bagdadzie", największej restauracji Wystawy Kolonjalnej, gdzie przygotowano przyjęcie dla studentów. Mieliśmy możność podziwiać pięknie oświetloną Wystawę Kolonjalną, olbrzymie wodotryski, mieniące się kolorami tęczy, popisy artystów wschodnich, oryginalne ich stroje i tańce.

4-go ranek poświęcony był pracy w Grand-Palais, po południu przyjmowani byliśmy w salonach ratusza, wieczorem odbył się bal studentów.

5-go po pracy na Kongresie wyruszyliśmy do St. Germain, gdzie przedstawiciele państw sprzymierzonych w czasie wielkiej wojny, do liczby których i ja miałam należeć, złożyliśmy wieńce przy pomniku poległych dla Ojczyzny, poczem zostaliśmy przyjęci przez burmistrza. Ciekawe było zwiedzanie zamku z XII wieku, gdzie znajduje się obecnie muzeum z czasów przedhistorycznych i wczesnej epoki królów francuskich.

6-go zrana i po południu byliśmy w Grand-Palais, wieczorem zaś dano przedstawienie galowe w Operze „L'Illustre Frégona“ Laparre'a, wzięte z życia Hiszpanji. Efektowne były i pełne werwy tańce kastyljańskie.

7-go zrana demonstracje, po południu zwiedzanie Instytutu Rakowego, gdzie pokazywano nam plany, jako też ukończone już części szpitala i laboratorjum dla prac doświadczalnych. Budowę wspaniałych gmachów rozpoczęto, o ile mi wiadomo, z inicjatywy słynnej rodaczki naszej Marji Curie-Skłodowskiej. Przedstawiciele stndentów państw zagranicznych i prowincjonalnych miast francuskich proszeni byli o wpisanie się do złotej księgi zakładu. Instytut Pasteura, w którym też trwają obecnie prace nad budową nowych i restauracją dawniejszych pawilonów, przedstawia kwintesencję nauk i doświadczeń bakterjologicznych. Oglądaliśmy wspaniałą kaplicę, w której spoczywają zwłoki Pasteura. Ściany i podłoga ułożone są z mozajki: odtwarzają sceny z życia uczonego i ilustrują jego odkrycia. Apartamenta Pasteura urządzone są obecnie jako bibljoteki. Pokazywano nam przyrządy, służące mu niegdyś do caraz nowych wynalazków.

Ostatni dzień Kongresu zakończony był bankietem pożegnalnym, urządzonym dla studentów. Obecni byli członkowie Komitetu profesorów: dr. Vilain, dr. Haloua, dr. Fontanel i inni.

Miejsce przeznaczone na wystawę Kongresu zajmowało dwa piętra budynku tak wielkiego i pięknego, jakim jest Grand-Palais, t. j. kilka tysięcy mtr. kw. Eksponowano tu od zwyklych artykułów codziennego użytku do najbardziej skomplikowanych przyrządów, aparatów i urządzeń, odpowiadających najnowszym wymaganiom nauki dentystycznej.

Ciekawie przedstawiały się fotele nowych systemów, przeważnie z taboretem dla dentysty, stoliki, do których przytwierdzone są niezbędne narzędzia, rozmaite systemy aparatów Roentgena, t. zw. „igratory“, stoliki rozmaitej wielkości, obracające się, zbudowane z metalu i szkła, a więc łatwe do oczyszczenia, mające 18 — 26 szufladek i 8 — 13 pudełeczek. Ładne, wygodne umywalnie, zaopatrzone w płynne mydło (infekcja nie może się tą drogą przenieść) i przyrządy do suszenia rąk prądem ciepłego powietrza, t. zw. „Sechemain“, które wprowadza się w ruch naciśnięciem pedału. Przyrządy takie wprowadzone są już obecnie we Francji w umywalniach na dworcach kolejowych, gdzie użycie ręczników mogłoby się stać powodem roznoszenia infekcji. Wystawiono dalej:

1) Aparaty, służące do stosowania tlenu dla celów narkozy; prąd tlenu, wdychanego przez pacjenta, poprzedzony tu jest tlenkiem azotu; obydwa te gazy znajdują się w balonach, połączonych rurką gumową z maską, którą szczelnie przykłada się do twarzy pacjenta.

2) T. zw. „Scieloskopy“ służą do lepszego demonstrowania pola operacyjnego słuchaczom bez potrzeby skupienia ich dookoła operatora. Obraz jest powiększony i wyraźny.

4) Ciekawy jest model fantomu z porcelany i wosku, rodzaj dużej lalki, przedstawiającej człowieka, przeznaczonej do racjonalniejszego przygotowania studentów do pracy klinicznej. Usta tego manekina są otwarte, ruchy głowy, tułowia i rąk zupełnie swobodne.

5) Aparaty do stosowania „djatermji“ służą do leczenia przekrwień, szczękościsków, ropocieku. Obecnie stosują je także do leczenia przewodów zgorzelinowych, znieczuleń nadwrażliwości zębiny i koagulacji.

6) Aparaty, służące do stosowania jonoforezy. Lekarstwa wprowadza się do przewodów drogą elektrolizy przez prąd stały.

7) Szczotki do zębów nowych systemów „Gyr", obracające się dookoła swej osi i t. zw. „Dental Floss Silk", rodzaj tasiemki, służącej do oczyszczania przestrzeni międzyzębowych.

8) Pasty do zębów najrozmaitsze, środki farmakologiczne, służące do zachowania i leczenia uzębienia. Zaciekawiła mnie strzykawka do znieczulania syst. „Carpule".

9) „Hecolite" i „Walkerite", materjały, mające zastępować kauczuk, jako surowiec wyrobu dostawek.

10) Strzykawki do lekarstw t. zw. „porte médicaments".

Bardzo ciekawe były demonstracje prac technicznych państw europejskich i St. Zjednoczonych, jako to: wkładek porcelanowych, złotych, mostów, koron, dostawek ze złota, platyny, porcelany lanej i kauczuku, dostawki wykonane metodą „Unitor", przygotowanie ubytków i zębów pod korony. Demonstrowano rozmaite systemy zgryzadeł, pokazywano filmy, zdjęcia, anomalję zębów, szczęk, operacje podniebienia i szczęk.

Ciekawe były prace studentów Instytutów Dentystycznych z dziedziny techniki i przygotowania ubytków.

Interesujący był pokaz przedstawicieli Japonji: artykulator z rodzajem półkuli, spełniającej w przybliżeniu rolę naszych lusterek przy ustawianiu zębów do dostawek kauczukowych: t. zw. Stabiloccluseur. Szablon górnej i dolnej szczęki dopasowany w ustach pacjenta, przyczepiony zostaje 4-ma drucikami i w ten sposób unieruchomiony, umieszcza się w artykulatorze. T. zw. „compas" wskazuje prawidłowe, poziome położenie szablonu. Artykulator zaopatrzony jest w trzy ostrza, które umieszczone dwa z tyłu i jeden z przodu, oznaczają trzy punkty zetknięcia się górnego i dolnego szablonu. Po odnalezieniu tych punktów i unieruchomieniu ostrzy, zdejmuje się szablony i na ostrzach tych umieszcza się półkulę, o której wyżej wspomniałem. Na modelach dolnej szczęki oznacza się linję wyrostka zębodołowego i zapomocą specjalnego sztyftu odtwarza tąż linję na półkuli. Wstawiając szablon dolnej szczęki do modelu, ustawia się zęby, kierując się linją wyrostka, naznaczoną na półkuli. W ten sposób wykluczone jest zejście z wyrostka zębodołowego, jakoteż ustawienie zębów w nieprawidłowej płaszczyźnie. Szczęka górna przystosowuje się do szczęki dolnej. „Stabiloccluseur" może być pomocny nietylko przy robieniu protezy całkowitej, ale też i częściowej, kiedy brak jest antagonistów.

Przylegające do wystawy pokoje prac sekcyjnych odpowiadały ilością swą XVI sekcjom:

I — anatomja, fizjologja, histologja, embrjologja,
II — bakterjologja, anatomja, patologja,
III — patologja i terapeutyka dentystyczna,
IIIa — kontrola leczenia przewodów zębowych,
IV — t. zw. ropociek zębodołowy,
V — dentystyka operacyjna,
VI — fizyka, chemja i metalurgja,
VII — radjologja i fizyko-terapja,
VIII — dostawka całkowita,
IX — dostawka częściowa, mosty i korony,

X — chirurgja jamy ustnej, ekstrakcje i znieczulenia,
XI — ortopedja zębowo-twarzowa,
XII — chirurgja i protetyka szczękowo-twarzowa,
XIII — higjena jamy ustnej, pomoc dentystyczno-społeczna,
XIV — pomoc dentystyczna armji lądowej, morskiej i powietrznej,
XV — pedagogika dentystyczna.
XVI — historja, prawodawstwo, deontologja, prasa dentystyczna, dokumentacja.

Wykłady, które wysłuchałam, niżej podaję:

Sekcja III. *Dr. Cooligh* (Chicago): „Leczenie zębów dotkniętych caries media provectą o miazdze żywej".

Miazga zdrowa reaguje na patologiczną sprawę, jaką jest próchnica zębiny, wytwarzając wtórną zębinę. Zatrzymanie się próchnicy zależy od oczyszczenia ubytku od rozmiękczonej zębiny i zamknięcie hermetyczne. Z tą chwilą pozostałe nawet bakterje stają się nieszkodliwe. Wczesne leczenie próchnicy jest bardzo ważne, szczególnie u pacjentów młodych, u których proces wapnienia, a więc i wytwarzania wtórnej zębiny przebiega trudniej. Zdjęcie wtórnej zębiny i przedostanie się do miazgi bardzo jest bolesne. Łagodzimy je przypaleniem zębiny lapisem, fenolem i t. p. Skuteczność leczenia caries media bez usuwania miazgi zależna jest od grubości warstw wtórnej zębiny. Sterylizuje się ubytek fenolem, lub rozczynem chlorowym Dakina, jako środka nie ścinającego białka. W pewnym przypadku można przykryć miazgę, mając nadzieję, że wytworzy ona wtórną zębinę. Praktyka nie zawsze potwierdza te przypuszczenia. Częściej stosunkowo u osób młodych.

Dr. Hess (Zürich) na tenże temat: Leczenie przewodów z miazgą żywą obejmuje zęby z miazgą zdrową, przekrwioną i z słabemi objawami zapalnemi. Wszelkie formy przejściowe schorzeń miazgi do stanu zapalnego i wreszcie do stanu miazgi obumarłej należy uważać, jako zainfekowane. Stosowane obecnie środki dewitalizujące miazgę są: arszenik, kw. arsenowy, paraformaldehyd i dewitalizacja zapomocą zastrzyku jak np. novokainy. Mając do czynienia z przewodem o skomplikowanej strukturze, zupełnej ekstyrpacji nie możemy osiągnąć. Jest ona więc właściwie amputacją w szerszem tego słowa znaczeniu Konieczna jest przy każdym zabiegu sterylizacja: pola operacyjnego, materjału, używanego i narzędzi. W danym przypadku sterylizacja jest mechaniczna i chemiczna. Należy stosować środki, nie działające na ozębną szkodliwie. Do plombowania przewodów zaleca się pasty antyseptyczne, nieszkodliwe dla ozębnej, nawet po przejściu przez apex, a więc dobre są: pasta Walkhoffa (chlor-phenol-camphora-menthol-jodoform), Buckleya parafinowa. Autor zaleca też pastę paraformaldehydową Gysi'ego, pastę Albrechta (rezorcyna — formalina — zasada). Kontroluje się leczenie różnemi metodami bakterjologicznemi i zdjęciami rentgenologicznemi . Amputacja więcej odpowiada z punktu widzenia klinicznego. Poparta jest licznemi doświadczeniami. Może być stosowana we wszystkich zębach, lecz wymaga ścisłej djagnozy stanu miazgi, dokładnej techniki i antyseptyki. Oprócz amputacji, stosuje się też pulpectomję, zasadniczo podobną. Miazga pozostaje pod działaniem antyseptyka. Najważniejsze jest uświadomienie szerokiego ogółu, który nie powinien dopuszczać do takich komplikacyj zębowych. (D. n.)

Halina Siedlecka.

Z przemysłu dentystycznego.

Wyroby niewiadomego pochodzenia.

Cement cynkfosfatowy firmy „Tamina“.

Pod nazwą „Tamina“ powstał w Warszawie (Czackiego 6) nowy skład dentystyczny — spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

Spółkę założyli: lekarz-dentysta Aleksander Hejler (Ś-to Krzyska 30) i p. Zygmunt Lisiecki (mylnie podawany, jako inżynier, Grójecka 104). Akt notarjalny podpisany został u notarjusza Biernackiego dnia 5.X.1931 r. za Nr. 1976; spółka zawarta została do dnia 3.XI.1934 r.; kapitał zakładowy wynosi zł. 4000, podzielony na 40 udziałów.

W rozesłanych okólnikach firma „Tamina“ zaznacza, że jej artykuły są pochodzenia zagranicznego. Sprzedawane cementy są u nas na miejscu rozsypywane i sprzedawane we własnem opakowaniu. Wyroby swoje firma rozpowszechnia za pośrednictwem agentów podróżnych, którzy również udzielają kredytu.

Współwłaściciela firmy „Tamina“, lek.-dent. Hejlera, znamy doskonale z jego „3-złotowego“ okresu, nb. poważnie długiego, „wyjmowania zębów“, nawet „ze znieczuleniem“, rzecz prosta, bez ryzyka w... reklamach, które „upiększały“ szpalty pism codzienych. Walka z tą tanizną reklamiarską trwała dosyć długo; pamiętamy dobrze oburzenie kolegów, jakie powodowało owe bałamuctwo reklamiarskie. Kto wie? — Gdyby nie rozporządzenie ministerjalne w sprawie ogłoszeń lekarzy-dentystów, w swoim czasie wydane, wielobiecujący „trzyzłotowy“ hałas reklamiarski p. Hejlera, człowieka zamożnego, trwałby dotychczas i miałby więcej naśladowców, aniżeli wówczas zaledwie w osobach pp. Szpagata i Gelbfisza. Ci, być może, idąc za przykładem swego mentora, stworzą również spółki nawet z żadną odpowiedzialnością.

Nie sądzimy, aby lekarz-dentysta Hejler, obecny współwłaściciel spółki, mógł ostatecznie się rozstać z pojęciami, cechującemi ów „3-złotowy“ tani okres wyjmowania zębów. Tego rodzaju słabostek niełatwo się można wyzbyć. Nie chcielibyśmy, aby ta dawna przewodnia idea tanizniana miałaby być obecnie realizowana w stosunku do jego artykułów dentystycznych, co mogłoby nam przysporzyć nawet sporo tandety...

Wiadomo, iż od czasu do czasu u nas ukazują się coraz to nowe materjały do plombowania, stanowiące wyroby nieznanych firm, lub też niewiadomego pochodzenia, t. j. bez wskazania źródła fabrykacji. Już wkrótce po przerobieniu „próbnych“ porcyj łatwo przekonać się można o ich małej wartości. Co więcej — niektórzy sprytni sprzedawcy, lub wytwórcy starają się oprawić je w ramki „ideowe“, jako „„wyroby krajowe“, aczkolwiek w rzeczywistości tak nie jest. Co więcej — hasło tanizny, niskiej ceny „konkurencyjnej“, wystawiane tu jest, jako przynęta, która ma przyćmić inne cechy danego wyrobu.

Dzieje proponowanych wyrobów „konkurencyjnych“ przypominają wiele przykrych faktów, które każą nam obecnie zastanowić się nad realizowaniem tej lub innej propozycji.

Zawsze chętnie popieraliśmy wszelki wysiłek zestawienia u nas materjału do plombowania wymaganej jakości. Gdy względnie pomyślne wyniki osiągnięto np. w stosunku do amalgamatów, próbna fabrykacja cementów nie uda-

wała się, pomimo nieraz nakładu pewnego kapitału, który nie był wystarczający, bowiem urządzenie poważnych laboratorjów wymagają też b. poważnych wydatków. Otrzymywano preparaty, które nie odpowiadały wymaganiom praktyka pod różnemi względami, aczkolwiek niektóre nawet nie były gorsze od wielu proponowanych niewiadomego pochodzenia zagranicznego. Cementy miejscowego wyrobu nie zostały wprowadzone do użycia codziennego. Z konieczności świat solidnych praktyków u nas posiłkuję się renomowanemi wyrobami zagranicznemi, których nb. jest niewiele. Mamy wszak na względzie dobro pacjenta i stąd wypływającą opinję dla zawodu. W dodatku, używanie preparatów drugorzędnych, często niewiadomego pochodzenia, nie wytrzymuje praktycznej kalkulacji; niepomyślne wyniki używania podrzędnych preparatów nigdy nie będą zrównoważone różnicą, nieraz nieznaczną, cen wyrobów.

Historja, jak wiadomo, się powtarza. Ostatnio zalecane cementy firmy „Tamina", rzecz prosta, są również wychwalane w ten lub inny sposób. Pośrednictwo sprzedaży stara się przekonywać o zaletach wyrobu i również, jak dawniej, trafią niektórym do przekonania, aby następnie rozczarować się.

Na interwencję naszą co do źródła fabrykacji zalecanych cementów agenci domokrężni firmy „Tamina" zaznaczają — jedni, iż są to fabrykacje „czechosłowackie", drudzy — francuskie, inni — amerykańskie, a nawet przebąkiwano, że — angielskie, wyrobu firmy... Ash (Londyn!). Słowem — rozmaitość. Na pytanie, dlaczego istnieją tak różnorodne twierdzenia, nie słyszy się odpowiedzi. Jesteśmy jednak pewni, że domokrążni agenci nie znają źródła pochodzenia. Spółka „Tamina", która to określiła tąż nazwą swoje wyroby, ukrywa źródło pochodzenia z tej prostej przyczyny, że marka ta nigdzie nie jest znana; wskazanie miejsca fabrykacji nie mogłoby bynajmniej przynieść zaszczytu sprzedawanym wyrobom; spółka nie mogłaby c z e m ś imponować swoim klijentom; wyrobów ukrywanej fabrykacji, jak wiadomo może być wiele, natomiast solidnej mało. Ukryta fabrykacja nie ponosi w dodatku żadnej odpowiedzialności przed konsumentem, który w przypadku stwierdzenia małej wartości wyrobu porzuci go, zaś ukrywana fabrykacja może wytwarzać nadal lichotę, która łatwowiernych zawsze znajdzie.

Jesteśmy pewni, iż cementy firmy „Tamina" są to wyroby pochodzenia n i e m i e c k i e g o, rzecz prosta, podrzędnego gatunku, bowiem ukrywane jest źródło pochodzenia — wytwórcy. Żadna z wyżej wymienionych przez agentów firm, bezwzględnie nie ukrywa swojej marki i nie pójdzie na konszachty konspiracyjne.

Niemcy zawsze mieli i nadal wytwarzają sporo cementów, wśród których jest też sporo podrzędnej jakości (o znanym cemencie Harvard, który długo utrzymał się, nie mówimy). Lichot u siebie Niemcy rozpowszechniać nie mogą, bowiem mają wielu poważnych badaczy, specjalistów-chemików i klinicystów, którzy odróżniają plewy od ziarna. Poważne prace, jakie często spotykamy w piśmiennictwie dentystycznem, a dotyczące badań cementów, aż nadto wyraźnie świadczą o ostrożności, z jaką Niemcy odnoszą się do swoich cementów. Fabrykanci więc wszelkie wyroby podrzędnego gatunku, które nie mogą pozyskać rozpowszechnienia w Niemczech, wypychają na Wschód, gdzie, jak przypuszczają, łatwowiernych nie brak. To też widzimy w Niemczech coraz to nowe laboratorja, które gotowe są pójść na każdą tranzakcję, gdy istotnie próby ich wyrobów nie wytrzymują żad-

nej krytyki. Czynione są również dążenia do ponownego wprowadzenia na rynek wschodni tych wyrobów, które dawniej po pewnem doświadczeniu wskutek swoich wad wycofane zostały z użycia. Rzecz prosta, w grę tu wchodzą nowe nazwy o nowych zapewnieniach reklamiarskich.

Dziwnem więc się wydają dążenia do wprowadzenia do Polski z Niemiec nieznanych wcale wyrobów jedynie za nęcące ceny, gdy tymczasem Niemcy tych wyrobów, jako niesolidnych, u siebie n i e używają. Mamy wszak do dyspozycji solidne wyroby cementowe, które dawno przeszły ogień próbny obserwacyj klinicznych. Jedynie niewielka różnica cen staje tu do walki z temi poważnemi wyrobami, co jednak w praktyce wypada znacznie drożej, nie mówiąc o moralnych przykrościach.

Rozpowszechniając cementy firmy „Tamina", agenci domokrążni powołują się przedewszystkiem na opinje Państwowego Instytutu Dentystycznego, Kas Chorych, niektórych powag dentystycznych oraz kolegów.

Rozdawane niewielkie, a nawet b. małe porcyjki cementów w celu „wypróbowania", miały przekonać każdego o „bezwzględnych" zaletach cementów.

Państwowy Instytut Dentystyczny (klinika zębolecznictwa zachowawczego) od współwłaściciela firmy „Tamina", p. Lisieckiego, otrzymał „próbne" porcje cementu cynkfoswatowego. Na większą skalę tu badania były zupełnie zbyteczne i nie mogły być przeprowadzone. Próby jednak kliniczne wykonane zostały pod kierunkiem asystentów. Dowiedzieliśmy się, że próby w stosunku do znanych marek cementów wypadły ujemnie.

Między innemi stwierdzono:

1) W wielu przypadkach próchnicy II stopnia (caries media) powstało podrażnienie miazgi; należało plomby usunąć i przeprowadzić odpowiednie leczenie.

2) Zarówno w ubytkach powierzchownych, jak i głębszych cement ulegał odłupywaniu i wymyciu; należało więc już po krótkim czasie ponownie zakładać plomby i to niejednokrotnie. Należy zaznaczyć, iż sporą ilość plomb zakładano pod ślinochronem (koferdamem).

3) Cement podczas rozmieszania wałkuję się, gdy zmatowieje, szybko twardnieje.

4) Omawianym cementem trudno wogóle pracować.

5) Plomba szczelnie nie przylega do ścian ubytku; po stężeniu odstaje od tegoż.

6) Plombę łatwo usunąć można z ubytku przy pomocy narzędzia.

7) Wady i złe skutki stosowania cementu zauważyli również studenci, którym dawano możność pracowania nim; prosili, aby im nie zalecano go przez kierownika; powoływali się również na pacjentów, którzy, widząc, iż plomba jest nietrwała, kruszy się, a nawet wypada, prosili o niestosowanie tego cementu. Nie można tu mówić o wadliwem wykonywaniu roboty, bowiem w stosunku do używanych solidnych cementów tego rodzaju ujemnych wyników nie obserwowano. Zresztą, badania próbne wykonywają zwykle studenci zaawansowani pod obserwacją kierowników (asystentów resp. asystentek).

8) Plomb założono mniej więcej przeszło 200, z czego na jedną grupę wypadło przeszło 100.

9) Pacjentów obserwowano również po pewnym czasie.

10) Na robotach fantomowych cement dawał również ujemne wyniki.

Wobec stwierdzonych ujemnych wyników użycie omawianego cementu firmy „Tamina“ w klinice zostało zarzucone. Wielką wadę, zaznaczyć należy, stanowi możliwość drażnienia miazgi zębowej, prawdopodobnie, wskutek ostrego kwaśnego odczynu kwasu, niedostatecznie zobojętnionego proszkiem, którego należy brać stosunkowo wiele do rozrabiania masy.

Znany tutejszy praktyk dr. Gelbard, aczkolwiek kliniczne wartości omawianego cementu nie stwierdził, bowiem słusznie uważa użycie nieznanych marek cementów za niewłaściwe, zaznacza, iż pierwsze próby rozrobienia ciasta cementowego stwierdzają małą „wartość“ cementu; znaczna `lepkość dowodzi istnienia wolnego, nieznetraulizowanego kwasu fosforowego, co wszak nie jest obojętne dla miazgi; wiązanie się składników następuję niemal raptownie, co tworzy niejednolitą masę wadliwej konsystencji; kruchość masy po pewnym czasie wyraźnie jest tu zaznaczona. Do używanych cementów marek renomowanych cementy te nie mogą się dorównać, tem bardziej, że stanowią one wyroby niemieckie podrzędnego gatunku, które, nie mogąc mieć rozpowszechnienia w Niemczech, szukają ekspansji u nas.

Koledzy: Brewda, Bergor, Liwszyc i Kohn Aleksander (sen.), którzy bezwzględnie umieją odróżnić dobry cement od wadliwego, również już po pierwszych próbach omawiany cement „Tamina“ zarzucili. A są to praktycy starzy, którzy doskonale orjentują się co do wartości cementu i to już po pierwszych próbach.

Co do innych praktyków, jak prof. Meissner, zast. prof. Cybulski, dr. Szepelski, kol. Mokrzycki, których nazwiska są wymieniane, a którzy jakoby otrzymywali wspaniałe wyniki, to do niektórych jest to ścisła nieprawda; co do innych — to nie przypuszczamy, aby tak solidni praktycy imali się ryzykownych prób wyrobu, nie znając źródła fabrykacji, z którem wszak liczyć się należy. A tu: już po stosunkowo krótkim czasie mieli jakoby otrzymać „wspaniałe wyniki“!

Co się tyczy Kasy Chorych m. Warszawy, która, jak nam zakomunikowano, stosuje jakoby cementy firmy „Tamina“, to, jak mogliśmy się przekonać, tak istotnie nie jest. Kierownik działu dentystycznego, dr. Koneczny, niezależnie od własnych prób „pobieżnych“ zwrócił się do Państw. Instytutu Dentystycznego o wydanie opinji dla celów porównawczych w stosunku do używanego powszechnie znanej marki cementu. W danym przypadku, zdaje się, nie trzeba było wcale żmudnych badań i wieloletnich spostrzeżeń klinicznych. Bez tego doskonale wiadomo, że wyrób nieznanej wcale marki nie może stać na jednym poziomie z preparatami renomowanemi, wypróbowanemi, których wartość kliniczna jest już ustalona.

Dr. Koneczny, jeżeli, być może, nie mógł z jakichkolwiek powodów osobiście się przekonać lub nie chciał mieć zaufania do siebie, mógłby śmiało dokonanie chociażby pobieżnych prób (odręcznych) powierzyć swoim współpracownikom Kasy Chorych, wśród których wszak są osoby, które już swoje „zęby starły“ na cementach, i z ich opinją mógł się liczyć. Czyjeś określenie „cement niezły“ nikogo nie obowiązuje.

Instytut Dentystyczny nie jest bynajmniej instytucją, która miałaby się zająć badaniem specjalnem rzeczy, specjalnie niewymagających tak wielkiego zachodu wobec łatwej możności decydowania. Fantazją czyjąś znowu byłoby długie wyczekiwanie na wyniki spostrzeżeń klinicznych, co wszak również ma pewne znaczenie praktyczne. A ten wynik byłby zgóry przesądzony.

Zabawka „polityczna" w j a k i m ś celu nie może być uważana za poważne traktowanie sprawy.

Jak nam wiadomo, wbrew twierdzeniom, Kasa Chorych, omawianych cementów nie używa. Szczególnie w Kasach Chorych nie wolno robić eksperymentów z preparatami nieznanemi.

Proletarjackie zęby, czy to robociarskie, czy też inteligenckie, nie mogą być przedmiotem targów o groszowe oszczędności na materjale (w stosunku do wydatków na ogólne leczenie). Głośne sarkania na dentystykę Kas Chorych wskutek używania niepewnych materjałów do plombowania mogą się potęgować. A czyżby czynniki kierownicze w Kasach Chorych nie mieli brać tego zjawiska pod uwagę? Wypadanie plomb, ich łamliwość, kruchość i inne wady pociągają za sobą większe wydatki, aniżeli oszczędności, czynione na nabyciu niezbadanego materjału.

Opakowanie „krajowego wyrobu" nie świadczy bynajmniej o jakości zawartego w pudełku preparatu, który nota bene nie ma za sobą okresu obserwacyj klinicznych. Wadę poważną, zaznaczamy, stanowią tu w opakowaniu płynu zwykle korki, które pod wpływem kwasu ulegają pewnym zmianom; korki kruszeją, płyn paruje, staje się z biegiem czasu ostrzejszym, w następstwie wykazując szkodliwość w ubytku.

Co do powoływania się na praktyków z Kresów, to, zdaję się, w grę tu wchodzi jedynie ulubiony czynnik — tanizna. Nazwisk praktyków nie wymieniamy, bowiem wcale ich nie znamy.

Niezależnie od tego, nie mamy najmniejszego zaufania do wyrobów wątpliwego pochodzenia, których to dosyć często otrzymujemy sporo, nie przywiązując do nich zbyt wielkiego znaczenia.

Z cementami firmy „Tamina" (nabyte) przeprowadziliśmy pewne próby:

Wynik prób z c e m e n t e m c y n k o f o s f a t o w y m Nr. 3.

1) Proszek tworzy spore gródki, jak tlenek cynku ZnO. Przy rozpuszczeniu ZnO w słabym rozczynie kwasu octowego nie powinno nastąpić syczenie (odczynnik na ZnO. Pharmakopea Ros. 1891 r.). Dwie jednakowe ilości: tlenku cynku ZnO i proszku cementowego, wsypane do dwu jednakowych ilości słabszego kwasu octowego, zachowały się jednakowo (nie dały syczenia); zawartość więc ZnO w proszku cementowym jest spora.

2) Płyn cementu jest przezroczysty, klarowny, gęstawej konsystencji, lepki, o ostrym odczynie kwaśnym (reakcja na lakmus); na wolnem powietrzu łatwo się krystalizuje (na koniuszku pipetki do nabierania płynu). Z nazwy cementu firmy wynika, że ma się tu do czynienia ze znanemi związkami fosfatowemi — kwasem metafosforowym (acid. phosphoricum glaciale HPO_3), pyrosforowym ($H_4P_2O_7$) i normalnym kwasem fosforowym, czyli ortofosforowym (H_3PO_4) (większość płynów cementów zawiera kwas meta— i ortofosforowy w połączeniu z mniejszą, lub większą ilością kwasu pyrofosforowego); zgęstnienie płynu w buteleczce wskutek zimna, wilgoci i rozpłynnienie (wskutek ciepła), jak również łatwa krystalizacja płynu, dowodzi niestałości tych składników: kwasy meta i pyrofosforowy mogą przechodzić w kwas ortofosforowy (np. wilgoć), część kwasu ortofosforowego może przechodzić w kwas pyrofosforowy lub metafosforowy (ciepło); od tych zjawisk, prawdopodobnie, zależy też nierównomierna plastyczność masy, o której słyszymy od kolegów, otrzymywana w jednakowych warunkach wykonania

pracy (wykonania roboty z cementu w różnych warunkach temperatury ma pewne znaczenie).

3) Do rozrobienia cementu wymagane jest użycie sporej ilości płynu w stosunku do proszku; lepkość masy, co świadczy o wolnym kwasie, zostaje wyraźnie utrzymana przy średniej konsystencji masy (papierek lakmusowy); wolny kwas masy nie jest obojętny dla zębiny (może powodować dekalcynację powierzchniowej jej warstwy), ani dla miazgi zębowej; niezobojętniony płyn może podczas upychania plomby przeniknąć do miazgi przez kanaliki zębinowe, pozbawiając tkankę niezbędnych do istnienia pierwiastków, samą zaś miazgę drażnić.

4) Rozrabianie proszku i płynu do wymaganej konsystencji jest niełatwe; przy stopniowem dodawaniu p r o s z k u do płynu w minimalnych ilościach wiązanie się ciał chemicznych następuje nierównomiernie; stąd i tężenie masy odbywa się nieprawidłowo; przy dodawaniu większych porcyj proszku tworzy się masa w postaci zacierek ciastowatych, o powierzchni suchej, głębiej wilgotnych; szybkie tężenie uniemożliwia dalsze równomierne racjonalne rozrabianie masy; przy średniej konsystencji masy o błyszczącej, lepkiej powierzchni, równomierne rozprowadzanie masy po szkiełku i następne rozwałkowanie przy pomocy łopatki jest utrudnione; masa mocno czepia się łopatki, jak również narzędzi do plombowania; jednem upychadłem trudno wprowadzić masę do ubytku, a wszak zwilżanie tych narzędzi wazeliną lub oliwą nie jest wskazane, bowiem następne warstwy cementu mogą podczas nakładania nie przylegać do siebie. Powstające niekiedy podczas rozmieszania płynu z proszkiem grudki niełatwo można rozetrzeć wskutek szybkiej reakcji płynu

5) Rozrobiona masa jest mało plastyczna, szybko tężeje, co przy większych ubytkach stanowi zjawisko niepożądane; masę, po wprowadzeniu do ubytku, trudno wygładzić; powstają na powierzchni nierówności resp. chropowatości, które następnie należy wygładzić papierkami.

6) Masa bez różnicy, czy raptownie, czy też powoli tężeje, po stwardnieniu, nawet po upływie kilku godzin jest nietrwała, krucha, łamliwa; zjawisko to obserwuje się nawet następnego dnia; złamane i następnie zwilżone wodą kawałki wykazują odczyn kwaśny (przy znanych markach cementów masa nie odrazu tężeje, natomiast następnego dnia masa jest twarda, mocna). Kulki niewielkiej średnicy, aczkolwiek szybko tężały, jednak następnego dnia nie wytrzymały stosunkowo słabego uderzenia, łatwo się kruszyły. Takież wałeczki średnicy 5 mm. i długości 10 mm. łatwo się łamały, łatwiej, aniżeli przy innych cementach znanych marek.

7) Plomba, wykonana z omawianego cementu, nie zamyka szczelnie ubytku, kurczy się podczas ostatecznego wiązania się składników; na krawędziach łatwo się odłupuje.

Rureczkę szklaną (pipetkę) szczelnie wypełniono rozrobionym na gęsto cementem. Po kilku godzinach odbito węższy koniec rurki; już lekkie pchnięcie wypchnęło słupek z rureczki.

Nie można mówić o hermetycznem zamknięciu ubytku. Na dno ubytku ew. komory miazgowej umieszczono kryształik barwnika (aniliny); ubytek mocno zapchano cementem; brzegi wygładzono; ząb umieszczono na kilka godzin w naczyniu z wodą; okazało się, że zęby i plomby były zabarwione; po usunięciu plomby okazało się, iż barwnik rozmiękł, masa cementowa wewnątrz była zabarwiona, również ściany ubytku. Przepuszczalność była

tu wyraźna, zależna od kurczliwości masy podczas tężenia ew. wiązania się składników.

Masa jest przenikliwa dla płynów. Spora kulka, umieszczona w słabiutkim rozczynie barwnika, następnego dnia po rozłupaniu była głęboko zabarwiona.

8) Ząb wyjęty (trzonowiec górny) zaplombowano gęstym cementem, mocno upchanym; umieszczono go po stwardnieniu (po upływie kilku godzin) w wodzie słabo zakwaszonej kwasem mlekowym (acidum lacticum); cement wykazał odwarstwienie powierzchni (ślady kamienia nazębnego na korzeniach również uległy rozmiękczeniu, łatwo można go było zeskrobać). Słabe zakwaszenie wody kwasem chlorowodorowym (acid. hydrochloricum dilutum) dało w takimże przypadku takiż wynik; jednocześnie z rozmięknieniem kamienia nazębnego odwarstwieniu uległa powierzchnia cementu, wypełniającego sporego rozmiaru ubytek próchnicowy.

9) Klinicznie stwierdzono, iż plombowanie omawianym cementem nie jest łatwe, szczególnie, gdy ma się do czynienia z ubytkami większego rozmiaru; stosunkowo cienkie przybrzeżne warstwy cementu łatwo i szybko odłamują się; plombę nawet po kilku dniach można łatwo skrobać narzędziem.

10) W ubytkach średniej głębokości można zauważyć nieraz podrażnienie miazgi, prawdopodobnie, wskutek działania niezobojętnionego kwasu fosforowego.

11) Cement nie może bynajmniej być uważany za artykuł tani, bowiem zużycie płynu jest znaczne.

12) Praca z tym cementem w warunkach jamy ustnej nie jest łatwa; najmniejsza wilgoć marnuje materjał. Również nie nadaje się na podkłady pod plomby amalgamatowe ze względu na możliwość niezwiązanego kwasu fosforowego.

13) Wiadomo ogólnie i jako prawidłowo uważać należy (zgodnie ze spostrzeżeniami klinicznemi i na mocy specjalnych badań doświadczalnych), iż masa cementowa tem jest trwalsza, im więcej do rozmieszania użyto proszku; po upływie mniej więcej kilkunastu godzin cementy, zawierające największą ilość proszku stają się niezwykle twardemi i klinicznie stwierdza się właśnie ich trwałość. Cement „Tamina", wymagający, jak zaznaczono wyżej, znacznej ilości płynu, już w krótkim czasie uwydatnia klinicznie wyraźne zużycie, jako zbyt słabej budowy (zwłaszcza na trzonowcach).

14) Wiadomo, iż twardniejąca masa cementowa, używana pod uciskiem, wykazuje większą trwałość w ubytku, jednak jest to możliwe do wykonania przy masie cementowej, nie posiadającej obfitej ilości płynu, która grozi miazdze.

15) Smarowanie założonej masy czemkolwiek (wazeliną, lakierem lub stopionym woskiem) nie ma tu wielkiego znaczenia, w celu pozyskania większej trwałości plomby.

16) Gdy powierzchnia solidnych cementów nie wymaga wyrównania lub wygładzania (papierkami i t. p.), co daje rękojmię trwałości, plomba z cementu „Tamina" wymaga wyrównania i wygładzenia, co nie może pójść na jej dobro.

17) Cement nie nadaje się jako podkład pod plomby amalgamatowe wobec możliwości drażnienia miazgi.

18) Połączenie masy z amalgamatem (plomby kombinowane) daje wadliwą mieszaninę.

19) Wypełnienie przewodów korzeniowych omawianym cementem jest ryzykowne; usuwalność w razie potrzeby jest stosunkowo łatwa, odczyn kwaśny nie jest znowu pożądany.

20) Wskutek słabej trwałości cement nie nadaje się ani do osadzania zębów ćwieczkowych, ani bandaży regulacyjnych, ani też zębów przy robotach skrzyneczkowatych.

21) Cement również nie nadaje się do wypełniania ubytków przyszyjkowych, szczególnie płaskich, gdzie łatwo ulega wymyciu.

Tak wyglądają wyniki badań „nowego“ materjału, którym współwłaściciel „Taminy“ lek.-dentysta Hejler pragnie uszczęśliwić swoich kolegów wzorem „3-złotowej“ tanizny, którą nęcił dawniej swoich naiwnych pacjentów.

O porcelanie i innych materjałach, zalecanych przez firmę „Tamina“ pomówimy następnie. *Kr.*

Kronika i sprawy zawodowe.

WYKŁADY I DEMONSTRACJE Z DZIEDZINY DENTYSTYKI NOWOCZESNEJ.

W siedzibie Związku lekarzy-dentystów P. P. (Miodowa 6) w dniach 24, 25 i 26 (w godz. rannych) odbył się cykl wykładów z pokazami d-ra Tryfusa (Hidelberg), znanego specjalisty w różnych dziedzinach nowoczesnej dentystyki.

Dr. Tryfus znany jest nietylko jako praktyk, lecz również jako autor poważnych prac naukowych. Wykłady jego obejmowały dziedziny techniki, ceramiki i ortodoncji: zagadnienie zgryzu (syst. Schröder-Trebitsch), zęby czynnościowe t. zw. Dynamic, dostawki podparte, wkładki porcelanowe syst. Brilla, korony nakrywkowe t. zw. żakietowe, korony porcelanowe kombinowe i ceramika dziąsłowa.

Wykłady prelegenta odznaczały się zwięzłością oraz ciekawością treści, uwydatniły znajomość każdej poszczególnej dziedziny, były b. dostępne i planowo ujęte według danego tematu (tłumaczył kol. Zawidzki).

Dr. Tryfus, znany dobrze niektórym kolegom-polakom, którzy studjowali dentystykę w Monachjum, człowiek stosunkowo młody, ma już za sobą b. obfity plon pracy. W b. wielu pokazach modeli dostawek, przyrządów i t. d. (kilkaset egz.) przewijały się nader ciekawe pomysły, wynalazki i ulepszenia b. uproszczone, szczególnie w dziedzinie ceramiki, robót lanych i ortodoncji. Widzieliśmy więc: misternie wykonane korony nakrywkowe (t. zw. żakietowe), całe zęby porcelanowe (również z korzeniami, przeznaczonemi do wszczepiania w zębodoły w różnych przypadkach) oraz wstawki i mostki porcelanowe, wykonane własnym b. uproszczonym sposobem (m. i. nakładanie na wycisku platynowym rozrobionej wodą i mąką — według własnego pomysłu — masy porcelanowej i następnie sprasowanej w b. uproszczonym aparacie, przyczem łatwo można otrzymywać dublikaty odnośnych koron), sposoby użycia gotowych koron nakrywkowych (firmy Herzog — Praga Cz.) do dostawek metalowych, uproszczony sposób odlewania robót

przy pomocy własnego pomysłu aparatu wirowego, uproszczone aparaty ortodontyczne, kombinowane dostawki kauczukowe z siatką metalową (t. z. Tela), nowy rodzaj zębów sztucznych t. zw. Dynamic (zęby boczne), ustawianie ich w zgryzadle Gysi'ego i t. d. i t. d.

Rzecz prosta, w niniejszej notatce kronikarskiej nie można przytoczyć szczegółowo tego wszystkiego, co prelegent przedstawił obecnym. Kto niema możności wyjazdu zagranicę, mógł tu zaznajomić się z postępem, jaki widzimy gdzie indziej. W danym razie wszak nie chodzi o bezpośrednie tuż na miejscu wykonanie tej lub innej roboty w warunkach nieodpowiednich; na to potrzebne są warunki i uprzednie przygotowanie. Natomiast koledzy zaawansowani lub obznajmieni z tą lub inną dziedziną, które prelekcje d-ra Tryfusa objęły, doprawdy mogli podziwiać pomysły i nowe wynalazki, znacznie upraszczające różne metody i sposoby wykonywania tej lub innej roboty, nieraz pochłaniającej sporo zbytecznych wydatków, więcej pracy i czasu.

Dr. Tryfus wygłosił swoje wykłady i demonstrował swoje wynalazki w wielu krajach Europy i Ameryki. Ponieważ jest człowiekiem niezależnym materjalnie, z wielkiem zamiłowaniem poświęca się swej pracy i chętnie dzieli się z kolegami wynikami tej żmudnej pracy, wymagającej, jak wiadomo, wiele cierpliwości i wydatków.

Niezależnie od wielkiej wiedzy, wykazanej przez d-ra Tryfusa w różnych dziedzinach naszej specjalności, ściśle związanej z rzeczywistemi wymaganiami naszego życia praktycznego, dążącemi właśnie do wszelkich ułatwień i uproszczeń, prelegent również uwydatnił cechy, które wyróżniają poważnego, zrównoważonego i zamiłowanego prelegenta. Dr. Tryfus, często bardzo umęczony pytaniami, nieraz o cechach wprost elementarnych, chętnie i spokojnie, udzielał odpowiedzi i wyjaśnień. Widząc te „męczarnie" samego prelegenta, dr. Tryfusa, dążące do „pochłonięcia" niemal całej jego osoby, jak również „umęczenie" tłumacza, kol. Zawidzkiego, który wszak z konieczności musiał skupić myśli, by oddawać ściśle treść wykładu, przewodniczący kol. Bloch słusznie niejednokrotnie zareagował i przywoływał do przestrzegania porządku zwracania się do prelegenta za jego pośrednictwem i tłumacza. Ten wymagany sposób kulturalny niektórym, szczególnie kresowcom, się nie spodobał (przypuszczając, iż za kilka wniesionych złotych wolno wszystko robić i wymagać!). Wzmiankujemy o tym fakcie z obowiązku kronikarskiego; jesteśmy pewni, iż i w przyszłości wszelkie mruczenia nie przestraszą nikogo, kto stanie w obronie zwyczajów kulturalnych.

Że dr. Tryfus traktuje swoje wystąpienie publiczne ideowo, dowodzi również fakt zrzeczenia się specjalnie przewidzianego w tych razach honorarjum, ponosząc zarazem sporo wydatków za przewóz znacznego bagażu, zawierającego wielką liczbę objektów, wśród których było wiele kosztownych, wymagających specjalnego opakowania i w dosyć dalekiej podróży niektóre uległy uszkodzeniu, co pochłonie znowu ponowny wydatek (niskie kwoty, pobrane od kolegów w stosunkowo niewielkiej liczbie na znaczną ilość rozesłanych zaproszeń, nie pokryły jeszcze niezbędnych wydatków: na druki, przekazy zwrotne, pocztę, światło, administrację i t. d.). Zrzeczenie się wszelkich kosztownych przyjęć przez d-ra Tryfusa również uważać należy za objaw poważnego traktowania jego przyjazdu do Warszawy.

Dr. Tryfus przyobiecał utrzymywać kontakt z polskim światem dentystycznym.

Dla całości wzmiankować należy, iż w wykładach i pokazach prócz członków Związku brali również udział koledzy-nieczłonkowie miejscowi i zamiejscowi oraz przedstawiciele i pracownice Państwowego Instytutu Dentystycznego.

Mała uwaga. Słyszeliśmy na miejscu pewne głosy „niezadowolenia", skierowane pod adresem organizatorów.

„Jak to — dałem... aż 10 zł. i co miałem czy też mam z tego?"

Celem tego rodzaju wykładów z pokazami jest: zaznajomienie zaawansowanych w tej lub innej dziedzinie naszej specjalności z nowoczesnemi pracami, inowacjami, wogóle, z wszelkim postępem ostatnich czasów. I rzeczywiście — dla tego rodzaju praktyków są one b. korzystne (pokaz modeli, objaśnienia, dyskusja i t. d.). Nie trzeba, zaznaczamy, bynajmniej tej lub innej roboty przerobić tuż na miejscu, bowiem prac tych byłoby kilkaset, a wszak w nieodpowiednich warunkach i marzyć o tem nie można. Jest to bezwarunkowo niezrozumienie sprawy. Każdy zaawansowany praktyk orjentuje się i przy nadarzającej się sposobności odpowiednią robotę sam lub też przy pomocy bezwarunkowo wykona, bowiem ma podstawy (o znanych u nas samoreklamistach, którzy „na gębę" wszystko potrafią wykonać, nie mając wcale podstaw ani naukowych, ani praktycznych, nie mówimy; umieją oni, że tak powiemy, szantażować słowem, innych ironizując). Natomiast mała jest tu korzyść dla tych, którzy nie mają ani podstaw, ani doświadczenia praktycznego w tej lub innej dziedzinie naszej specjalności — brak zupełnie orjentacji na co zwrócić uwagę — więcej lub mniej. Ten sam rezultat minimalnie korzystny będzie nawet w przypadku brania udziału tego rodzaju osób mało kompetentnych lub zupełnie niekompetentnych (takie wszak być mogą) w prelekcjach i demonstracjach największych nawet powag światowych, a za udział płacić będą nie po 10 zł. a po 100 dolarków. I pretensyj mieć nie wolno. Wyśmianoby ich. Natomiast g r u n t o w n e zaznajomienie się z daną specjalnością wymaga dosyć długiego czasu, odpowiednich warunków, żmudnej nieraz pracy, a przedewszystkiem — większego wydatku czyli zapłaty. Taki już jest „zły" zwyczaj na tym świecie — nikt nigdzie „na piękne oczy" nie uczy, nie udziela materjału i t. d. i t. d. (i tu znowu nie mówimy o tych reklamistach, którzy dla swego prestige'u „wmawiają" komuś swoją naukę bezinteresownie).

Pomruki więc niektórych osób podczas wykładów były zupełnie nieuzasadnione. Pochodziły one: od tych, którzy zbyt wiele wymagali, nie biorąc pod uwagę wyżej wzmiankowanych warunków, od osób wcale lub mało zaawansowanych (były i takie osoby, które dotychczas nie praktykowały, niedawno ukończyły studja, lub też dopiero co rozpoczęły praktykę). Natomiast niewiele mówić można o tych starych praktykach, którzy czy to przez swoją zarozumiałość ze względu na bogatą praktykę, która niezawsze wszak decyduje o „wysokiej" wartości danej osoby, czy to przez wiarę w swoją zamożność wysuwały się naprzód, ignorując słabszych, młodszych kolegów i przeżuwając swoje niezadowolenie pod adresem organizatorów, prawdopodobnie, dlatego, że jednorazowy udział w danej grupie kolegów aż za 10 zł. był dla nich niedostateczny, a należałoby bynajmniej skorzystać 2 lub 3-krotnie — niczem chłopcy w kinach (nazwisk niektórych potentatów dotychczas wcale nie znaliśmy, aczkolwiek, jak dowiedzieliśmy się, praktykują po 20-kilka lat i mówią o sobie, jak o powagach).

Organizatorowie wykładów, nie znając ogółu kolegów, rozesłali zawiadomienia, rzecz prosta, byli przekonani, że zgłoszą się ci, jak to w tych razach bywa, którzy swoją wiedzę *uzupełnić* tylko pragną. Za inne osoby, które się zgłosiły, nie ponoszą oni wszak żadnej odpowiedzialności. Trzeba być bezstronnym...

WIEC STUDENTÓW PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU DENTYSTYCZNEGO.

Dnia 11 marca r. b. o godz. 7-ej p. p., w Sali wykładowej Zakładu Higjeny i Bakterjologji U. W., odbył się wiec studentów P. I. D., zwołany przez Radę Delegatów kursowych na żądanie ogółu studentów P. I. D. Wiec zgromadził przeszło 300 słuchaczy; celem jego była sprawa akademizacji Instytutu i wybór nowej komisji dla dochodzenia praw akademickich.

Słowo wstępne wygłosiła stud. Pągowska, wykazując przykre stosunki, wynikające z faktu, że P. I. D. nie jest uczelnią akademicką.

Następnie stud. Mettallman złożył sprawozdanie z dotychczasowej działalności Dyrekcji, wykazując jej bierność, opierając się na szeregu faktów.

Następnie przemawiali: stud. Lissowski, Wajner i Dominiak. Ostatni porusza i omawia dość obszernie sprawę zmiany lokalu P. I. D.

W najważniejszej i najaktualniejszej sprawie, t. j. w sprawie akademizacji przemawiało kilku mówców. Treść ich przemówień była mniej więcej jednakowa. Mówcy podkreślali krzywdę, jakiej doznają słuchacze P. I. D., którym już od 12 lat obiecuje się zasłużone prawa akademickie. Biorąc bowiem pod uwagę, że do P. I. D. przyjmuje się kandydatów z maturą, z łaciną i po zdaniu 2 wstępnych piśmiennych egzaminów, że w P. I. D. wykładają profesorowie i docenci U. W., że studja trwają 4 lata, w którym to czasie słuchacz odrabia ćwiczenia, kliniki i musi zdać 20 egzaminów, należy przytem przyznać, że wymagania w P. I. D. są o wiele większe, niż na niektórych innych wydziałach, mających pełne prawa akademickie. Dalszą bolączką studentów P. I. D. jest niewyjaśnione stanowisko prawne, które zamyka jednostkom zdolnym i pilnym dalszą drogę naukową, a to skutkiem tego, że nie dając praw akademickich, pozbawia je uzyskania wyższych stopni naukowych. W obecnym stanie absolwent P. I. D. nie może uzyskać nawet przez pracę naukową tytułu doktora, nie może poprostu, będąc nawet najzdolniejszym, wybitnie pracować nad podniesieniem nauki polskiej. Dlatego też słuszne są żądania studentów P. I. D., domagających się kategorycznie, aby czynniki miarodajne zajęły się sprawą objęcia P. I. D. ustawą ramową o szkołach akademickich i aby § 10 Tymczasowego Statutu P. I. D., opiewający: że dyplom P. I. D. uprawnia do ubiegania się o wyższy stopień naukowy, nie był tylko czczym i pustym frazesem.

Wiec uchwalił następującą rezolucję:

Do Wysokiej Rady Profesorów
Państwowego Instytutu Dentystycznego
w Warszawie.

REZOLUCJA

Studenci P. I. D., zebrani na wiecu 11 marca 1932 roku o godz. 19-ej w sali wykładowej Zakładu Higjeny i Bakterjologji U. W., uchwalają jednomyślnie co następuje:

12-letnie starania absolwentów i studentów P. I. D., celem objęcia ustawą ramową o szkołach akademickich Państwowego Instytutu Dentystycznego, nie odniosły dotychczas żadnego skutku. Nie nastąpiło dotąd przewidziane unormowanie przejściowej organizacji P. I. D., uczelni, która w murach swych kształci 500 studentów i rok-rocznie wydaje około 100 dyplomów, zasilając fachowemi siłami Rzeczpospolitą.

Zamknięto studentom P. I. D. dalszą drogę naukową przez niewprowadzenie w życie § 10 Tymczasowego Statutu, który opiewa, że dyplom P. I. D. uprawnia do ubiegania się o wyższy stopień naukowy.

Zebrani stanowczo protestują przeciw krzywdzącemu studentów stanowi rzeczy oraz biernemu stanowisku czynników miarodajnych.

Zebrani stwierdzają, że dotychczasowe sporadyczne oficjalne wystąpienia Dyrekcji P. I. D. nie doprowadzają do celu, wobec czego domagają się od Wysokiej Rady Profesorów natychmiastowego wszczęcia systematycznych, konkretnych i stanowczych posunięć w sprawie objęcia nareszcie po 12 latach P. I. D. ustawą ramową o szkołach akademickich.

Zebrani stwierdzają, że wszystkie uczelnie wyższe, poprzednio nie objęte Ustawą ramową o szkołach akademickich, dzięki usilnym staraniom swych władz uczelnianych uzyskały owe prawa z wyjątkiem P. I. D.

Zebrani wyłaniają z pośród siebie „Komisję dla dochodzenia praw akademickich", której obowiązkiem jest wytrwałe i zdecydowane dążenie do uzyskania słusznie należnych im praw.

Zebrani upraszają Wysoką Radę Profesorów o wzięcie pod uwagę poczynań Komisji i usilne popieranie jej dążeń.

Ogół studentów Państw. Instytutu Dentystycznego.

NOSZENIE MUNDURU PRZEZ OFICERÓW W STANIE SPOCZYNKU POZOSTAJĄCYCH W CYWILNEJ SŁUŻBIE PAŃSTWOWEJ LUB SAMORZĄDOWEJ.

Według rozporządzenia Ministra Spraw Wojskowych z dnia 23 września 1929 r. (Dz. rozk. M. S. Wojsk. Nr. 31) o zmianie art. 72 rozporządzenia w przedmiocie wykonania ustawy z 23.III.1922 r. o podstawowych obowiązkach i prawach oficerów Wojsk Polskich (Dz. rozk. Nr. 11 z 20.III.1923 r. poz. 149), oficerom w stanie spoczynku nie jest dozwolone noszenie munduru przy wykonywaniu obowiązków, wypływających z zajmowanych przez nich stanowisk w państwowej służbie cywilnej lub samorządowej. (G. Ad. i P. P. 23, r. 1929).

ZAKAZ PRZYWOZU.

W n-rze 111 Dziennika Ustaw Rzp. P. z dnia 29 grudnia 1931 r. ukazało się rozporządzenie Rady Ministrów, zabraniające przywozu całego szeregu towarów i wyrobów do obszaru Rzeczypospolitej Polskiej na przeciąg jednego roku od dnia 1 stycznia 1932 r., t. j. od daty wejścia w życie tego roz-

porządzenia. Wśród tych towarów wymienione są *różne metale*, ich stopy i wyroby z nich, maszyny elektryczne.

Należy się spodziewać, iż sławetny r a n d o l f, upiększony jako „złoto amerykańskie" (nawet p r a w d z i w e), używany jeszcze dotychczas u nas przez wielu na korony i mostki w wielu kilogramach, a który tyle już spowodował różnego rodzaju chorób (o tem doskonale wiedzą interniści, przeważnie gastrolodzy), ostatecznie zniknie ze składów dentystycznych. Nie jest bynajmniej tajemnicą, iż metal ten, stanowiący jeden z najważniejszych czynników w dziedzinie partactwa dentystycznego, a który to, ku naszemu wielkiemu zdziwieniu, dotychczas jest tolerowany przez nadzorcze władze lekarskie wbrew obowiązującym przepisom (!), podobno był szmuglowany z Gdańska i w ten sposób szeroko rozpowszechniony w Polsce, gdy tymczasem użycie jego na korony i dostawki w innych krajach karane jest więzieniem.

Ministerstwo Przemysłu i Handlu, jak również Urzędy Celne winny z całą surowością prawa ścigać owych szmuglerów, którzy wszak zawsze znajdą sobie sposób obejścia prawa i mogą szkodliwy ten dla zdrowia metal sprowadzać pod jakąś inną postacią. Czas wielki położyć ostatecznie rozpowszechnionemu szkodnikowi kres.

Wbrew rozpowszechnionym wieściom, komunikujemy, iż metal *wipla*, jako objęty licencją, nie podlega zakazowi przywozu.

IV ZJAZD LEKARSKI.

IV Zjazd Lekarski w Krynicy odbędzie się w dniach 15 i 16 maja 1932 r. (Zielone Święta). Program obejmuje 25 referatów, zadeklarowanych przez poważnych internistów z różnych dziedzin chorób wewnętrznych. Składka członkowska wynosi zł. 30, osoby towarzyszącej zł. 25. Generalny sekretarz Zjazdu: Dr. Witold Skórczewski, Krynica.

STOWARZYSZENIA I ZWIĄZKI.

Komisarjat Rządu m. st. Warszawy przypomina zarządom stowarzyszeń, działających na terenie m. st. Warszawy, że w myśl obowiązujących przepisów o stowarzyszeniach i związkach, o każdej zmianie składu zarządu i wyborze zarządu należy zawiadamiać Komisarjat Rządu m. st. Warszawy. Niewykonanie tego obowiązku może pociągnąć za sobą skutki, przewidziane w przepisach o stowarzyszeniach i związkach.

Z WSZECHNICY WARSZAWSKIEJ.

Na rok akademicki 1931/32 zostały wybrane następujące władze Uniwersyteckie: rektor — prof. dr. Łukaszewicz, prorektor — prof. dr. M. Michałowicz, delegat Wydziału Lekarskiego do Senatu — prof. dr. F. Czubalski, dziekan Wydziału Lekarskiego — prof. dr. L. Paszkiewicz. W ubiegłym roku akademickim habilitowało się na Wydz. Lekarskim 11 docentów: dr. Sewervn Cytronberg (z chorób wewnętrznych), dr. Franciszek Goebel (z patologji ogólnej i doświadczalnej), dr. Zdzisław Górecki (z chorób wewnętrznych), dr. Józef Grzybowski (z anatomji prawidłowej człowieka), dr Marjan Grzybowski (z chorób skórnych i wenerycznych), dr. Stanisław Kapuściński (z chorób skórnych i wenerycznych), dr. Witold Łuniewski (z psychjatrji), dr. Piotr Słonimski (z histologji i embrjologji), dr. Adam Straszyński (z chorób skórnych i wenerycznych), dr. Ryszard Truszkowski (z chemji fizjologicznej) i dr. Jan Zaorski (z chirurgji).

S. S. WHITE'A KRĄŻKI PAPIEROWE

są racjonalnie wykonane

Krążki papierowe stanowią drobiazg, jednak są bardzo kosztowne, jeżeli nie są używane w wyborowym gatunku, te bowiem oszczędzają najwięcej czasu i pracy. Fakt, że krążki papierowe S. S. White'a wykonane są prawidłowo, dowiedziony jest wymaganiami lekarzy-dentystów otrzymania tylko krążków wysokowartościowych. Krążki S. S. White'a oszczędzają praktykowi wiele czasu, pozbawiając go przykrości częstej zmiany. Każdv krążek wytrzyma dopóki robota nie jest wykończona.

Zalety i oszczędności cechują

S. S. WHITE'A

KRĄŻKI PAPIEROWE

525 Sortyment 1400 Sortyment
Pudełko na 100
w gładkich pudełkach w płaskich pudełkach krąż. wszelkiej śred. czy też ziarnistości.

Sprzedaż przez składy dentystyczne



The S. S. White Dental Mfg. Co.
PHILADELPHIA, U. S. A.
THE TRADE MARK IS A GUARANTEE OF QUALITY





ASCHER'A

SZTUCZNE SZKLIWO

Cement porcelanowy o najwyższych cechach doskonałości.

RADISAN

wypełnienie do przewodów korzeniowych

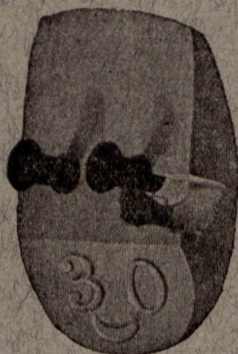
w/g Prof. Schröder'a.

Ukrzemnienie i pozbawienie zawartości przewodów ich organicznych części.

Prosimy żądać prób i literatury.

ASCHER GESELLSCHAFT M. B. H.

BERLIN W. 35. **Kurfürstenstrasse 146.**



Odbito czcionkami Drukarni Wzorowej — Warszawa, ul. Długa 20. Telefon 11-16-60